



Universidade Federal de Sergipe

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: ANÁLISE DO
PROCESSO DE FORMAÇÃO E SUAS CONTRADIÇÕES**

EDNILTON PEREIRA DOS REIS

SÃO CRISTÓVÃO - SE
MARÇO/2016



Universidade Federal de Sergipe

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: ANÁLISE DO
PROCESSO DE FORMAÇÃO E SUAS CONTRADIÇÕES**

EDNILTON PEREIRA DOS REIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Profª Drª Solange Lacks.

SÃO CRISTÓVÃO - SE
MARÇO/2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que participaram e participam da minha história de vida e que contribuíram em algum aspecto para a realização deste trabalho.

Aos discentes e docentes de enfermagem, personagens desta história, que se dispuseram a compartilhar suas experiências nesta pesquisa.

A quem acreditou na minha capacidade e investiu paciência, tempo e afeto e, que ao explicitar e se posicionar em relação ao que fica o tempo todo escondido no mundo do trabalho, da sociedade e da academia, ensinou-me muito mais do que simples conhecimentos científicos, ensinou-me a olhar para o que estava o tempo todo ali e eu não via: Profa. Dra. Solange Lacks.

Ao ser humano que com todo cuidado, afeto e paciência - que lhes são próprios - ajudou-me a encontrar o meu próprio caminho e a não ter medo da vida e nem medo de ousar: minha mãe Berenice Pereira dos Reis – “Mainha”.

Ao meu pai – Antônio Reis e aos meus irmãos presentes nesta caminhada e sempre na torcida.

Aos que me deram amor, estímulo e me fizeram ir além do que poderia imaginar: meus filhos Guilherme, Maria Luísa e Pedro Aurélio.

À minha esposa Janice, companheira, que me faz ser uma pessoa melhor a cada dia e acredita no meu sucesso mais do que eu mesmo. Muito obrigado. A você o meu amor.

Àquele que me deu a vida e a capacidade de pensar: Deus.

RESUMO

Nesta dissertação, discutiremos sobre o processo de formação do técnico em enfermagem levando em consideração as possíveis contradições que afetam tal formação. Visamos responder como está organizada a formação do técnico em enfermagem no que diz respeito às condições de oferecimento do curso, considerando-se as variáveis: projeto político pedagógico, corpo docente e discente. A crítica que se realiza à formação profissional dos técnicos em enfermagem é apresentada com base nos determinantes sociais, políticos e econômicos que influenciaram o ensino e a prática da enfermagem no país bem como a elaboração das leis e normas que regulamentam as atividades da educação técnica. A pesquisa se caracteriza a partir dos fundamentos da pesquisa qualitativa e tem como instrumentos de coleta de dados a análise documental e questionário. Os sujeitos da pesquisa foram coordenadores, professores e estudantes de um curso técnico de enfermagem. A hipótese que apontamos é que a formação do técnico em enfermagem é marcada por contradições e busca atender a uma formação para o mercado de trabalho não priorizando a formação referenciada que articule as várias dimensões do conhecimento. Os resultados confirmam a hipótese, visto que a formação do técnico em enfermagem é pautada em contradições e tem como grande interlocutor os interesses do projeto hegemônico capitalista que dão as diretrizes da organização, as prioridades e os conteúdos direcionados principalmente por uma concepção produtivista.

Palavras-chave: Técnico em enfermagem – Formação profissional – Formação para o trabalho – Educação técnica e profissional

ABSTRACT

In this thesis we will discuss the process of formation of the nursing technician taking into account the possible contradictions that affect such formation. We aim to answer how the nursing technician training is in relation to the conditions of the course offering, taking into account the following variables: pedagogical political project, teachers and students. The criticism which is made to professional qualification of the nursing technicians is presented on the basis of social, political and economic determinants that have influenced the teaching and the practice of nursing in the country as well as the laws and rules that regulate the activities of technical education. The research is characterized itself from the fundamentals of qualitative research and it has as its data collection instrument the documental analysis and questionnaire. The research subjects were the coordinators, teachers and students of a nursing technical course. The hypothesis we point is that the formation of the nursing technician is marked by contradictions and it seeks to meet the training for the labor market without prioritize the referenced training that articulate the several knowledge dimensions. This study is organized into three chapters that deal with the project of the current society; legal system about the training of nursing technicians and finally with the analysis of what was collected, reflecting the reality of the nursing technicians formation.

Keywords: Technical nursing – Professional qualification – Training for work – Technical Education and profession

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	A CONSOLIDAÇÃO DO PROJETO CAPITALISTA: AS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE E PARA O TRABALHO PEDAGÓGICO.....	14
3	FORMAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: ORIGEM DO CURSO E O ORDENAMENTO LEGAL	25
4	FORMAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: REALIDADES E POSSIBILIDADES	55
	4.1 O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO: UMA AÇÃO COLETIVA.....	57
	4.2 QUESTÕES SOBRE O CORPO DOCENTE.....	72
	4.3. QUESTÕES SOBRE O CORPO DISCENTE.....	76
	4.4 CONDIÇÕES DE OFERECIMENTO DO CURSO.....	82
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
6	REFERÊNCIAS	89
	ANEXOS.....	98

1 INTRODUÇÃO

Este estudo trata de uma questão importante do ser humano que é a formação para a atuação na área da saúde. É a articulação fundamental destas áreas da educação e saúde que poderão resultar na qualidade do atendimento aos pacientes em momento em que estão em vulnerabilidade, ou seja, quando estão doentes.

Ao tocarmos no termo “doentes”, é importante destacar que no Brasil ainda estamos na perspectiva do tratamento da doença instalada e pouco tem sido investido na saúde preventiva, onde mais uma vez estão articuladas as áreas de educação e saúde, pois prevenção prescinde de educação.

Dentro das várias profissões que tem como aspecto central a saúde, nosso foco está direcionado a área da Enfermagem e que se destaca por três razões: 1. É aquele profissional que está mais próximo do paciente, pois é o que executa o que foi determinado pelo médico; 2. Detém o conhecimento sobre as questões que envolvem as doenças e os procedimentos para alcançar a saúde; 3. Detém o conhecimento das relações que permeiam a rede hospitalar.

Para que este profissional da área de Enfermagem chegue ao campo de trabalho, passa por um processo de formação. Esta formação que é o objeto deste estudo. Assim, para iniciar este processo foi necessário levantar produções já realizadas sobre a problemática da formação na área da enfermagem. Lemos (2004) escreve sobre a lógica da produtividade capitalista na formação do enfermeiro. Cavalcanti (2015) aborda em sua dissertação de mestrado, a problemática da formação na área da enfermagem no Brasil e as imposições do capital em crise, analisando especificamente as diretrizes curriculares dos cursos superiores de enfermagem. No que se refere à formação do técnico em enfermagem nenhum estudo foi encontrado, o que justifica este estudo.

Ao tratarmos da formação do técnico em enfermagem não podemos analisá-lo desconectado do real, ou seja, não tem como ser analisada fora do contexto do projeto de educação e saúde na sociedade capitalista, uma vez que “ela reflete a estrutura econômica, social e política vigente, os interesses, valores e correlações de forças” (VIEIRA, 2005, p. 133).

A implantação de políticas neoliberais¹ ocorridas no Brasil, principalmente, a partir da década de 1990 e suas consequências para a educação. Tais consequências nos mostram a precarização² da educação como um todo, seja no trabalho docente, na assistência ao discente ou na escassa manutenção da estrutura física das escolas de formação. Para Oliveira (2004), as mudanças nas políticas públicas têm levado a educação a um gradual processo de precarização, consequência de uma política neoliberal que busca a reestruturação do trabalho, no sentido cada vez mais claro de desregulamentar os direitos do trabalhador para a manutenção das taxas de lucro do empregador.

O processo de formação no Brasil opera vinculado ao ideário mercadológico colocando a educação como a redentora da todas as mazelas sociais existentes e sendo assim, é depositada na educação a função de formar mão de obra necessária para atender ao sistema capitalista.

Nas sociedades capitalistas avançadas, a concepção de formação está colocada como uma ferramenta para a manutenção do poder do capital. Ela está articulada direta e indiretamente com os interesses do capitalismo, pois é um espaço de luta pela hegemonia para possibilitar e oferecer à classe dominante mecanismos para se manter como tal.

Frigotto (1993) é enfático ao colocar que a concepção de educação em vigor não apenas articula conhecimentos que venham desfavorecer a classe trabalhadora, como também desarticula outros conhecimentos para os interesses dominantes prevalecerem. O referido autor vai além ao dizer que os espaços de formação são “instituições sociais que mediante suas práticas no campo do conhecimento, valores, atitudes e, mesmo, por sua desqualificação, articulam determinados interesses e desarticulam outros” (p. 44).

Trata-se de subordinar a função social da educação de forma controlada para responder às demandas do capital. A educação se apresenta com um papel estratégico no contexto neoliberal, formar o trabalhador para o processo de produção. Nesse sentido, para Frigotto (1993), “a educação dos diferentes grupos sociais de trabalhadores deve dar-se a fim de habilitá-los técnica, social e ideologicamente para o trabalho” (p. 26).

¹ Para Santos (2012), o único papel do Estado, de acordo com as políticas neoliberais, seria o de manter a estabilidade monetária, através de uma disciplina orçamentária, como a contenção dos gastos com bem-estar e a restauração da taxa “natural” de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos.

² Segundo Alves (2007), a precarização é, portanto, um processo social de conteúdo histórico-político concreto, de natureza complexa, desigual e combinada, que atinge o mercado de trabalho, principalmente nos setores mais organizados da classe proletária.

Na educação capitalista não existe relação entre o que é ensinado e a realidade dos alunos. A tendência é de um verdadeiro mercado educativo em que ensinar e aprender significa produzir lucros. Isso pode se caracterizar como um dos elementos da precarização da educação principalmente do trabalho docente. Contudo, na sua complexidade, a precarização atinge a todos os trabalhadores que tinham seus direitos trabalhistas adquiridos no decorrer dos anos e que foram retirados pelas leis do atual mercado.

Um fator que chama a atenção por ser uma estratégia do capitalismo é a Teoria do Capital Humano (TCH)³, sendo a educação fundamental para criar e aumentar o capital humano. Nela, o processo educativo produzirá algumas atitudes e conhecimentos para capacitar o trabalhador. Deste ponto de vista, a educação é tida como um dos fatores que auxiliam no desenvolvimento, no entanto, as questões relacionadas às diferenças de classe são deixadas de lado, pois quem não conseguiu uma posição social melhor deve ser auto responsabilizado, pois não teve méritos. Com relação a esse ponto, Frigotto (1993) declara:

O investimento no fator humano passa a significar um dos determinantes básicos para o aumento da produtividade e elemento de superação do atraso econômico. Do ponto de vista macroeconômico, constitui-se no fato explicativo das diferenças individuais de produtividade e de renda e, conseqüentemente, de mobilidade social (1993, p. 41).

A partir daí a questão da desigualdade social é colocada como responsabilidade individual, causada porque alguns tiveram mais méritos do que outros. Isso explica a estratificação social⁴ onde ocorre a relação direta entre melhor qualificação profissional e maior escolarização de uma pessoa com a diminuição de sua pobreza.

Para Oliveira (1997)

(...) é depositada na educação a expectativa de que esta possa, através da mobilidade social, melhorar os mecanismos de distribuição de renda e inserção produtiva através do preparo dos indivíduos para o mercado de trabalho. Isso lembra o grande peso colocado na educação, além de mostrar que ela acaba

³ A partir da década de 1960, tal teoria, formalizada por Schultz (1971), buscava mostrar que os países em desenvolvimento como o Japão, que foram destruídos na Segunda Guerra Mundial, conseguiram reconstruir suas economias em tão pouco tempo. Expressa ainda que ao investirem em si mesmas, as pessoas podem ampliar o raio de escolha posto à disposição (BRUSCHINI; ROSEMBERGA, 1982).

⁴ A sociedade se divide em estratos, pois, os indivíduos que mais merecem por seu esforço e maior escolaridade devem assumir o topo da hierarquia social e ter melhor situação econômica e política (MELLO, 1995).

convergindo com a lógica do capital ao preparar pessoas que sirvam aos seus interesses (p. 41).

Além de responder às demandas por mão de obra, a concepção de educação é orientada pela ideologia neoliberal para transmitir os valores e ideais necessários para o sistema vigente. Ela não qualifica para o trabalho, mas para as características que são apropriadas para o indivíduo se enquadrar no sistema imposto. “Assim como na sociedade capitalista, os produtos do trabalho humano são produzidos não em função de sua ‘utilidade’, mas em função da troca, o que interessa, do ponto de vista do mercado” (FRIGOTTO, 1993 p. 68).

É a partir destas relações que delimitamos nossa problemática, ou seja, apontar como o trabalho pedagógico se organiza em um curso de formação de técnico em enfermagem? Responder tal questão exigiu a aproximação ao campo empírico, considerando que ele possui traços comuns a todos os demais cursos. Esta aproximação se deu verificando as condições de oferecimento do curso na perspectiva de exigências legais, políticas, éticas, acadêmicas, científicas e pedagógicas.

Temos por hipótese que a formação do técnico em enfermagem é marcada por contradições e busca atender a uma formação para o mercado de trabalho não priorizando uma formação referenciada, ou seja, uma formação que articule as várias dimensões do conhecimento, desenvolvendo questões técnico-científicas, éticas, políticas, sociais e culturais.

O nosso objetivo geral é analisar o curso de formação de técnico em enfermagem no que se refere às condições de oferecimento do curso que envolvem a organização do trabalho pedagógico, a realidade do corpo docente, do corpo discente e da infraestrutura, considerando as possíveis contradições no processo de formação.

Os objetivos específicos são: 1. Analisar o projeto capitalista e sua relação com a educação e saúde; 2. Destacar o que diz a teoria sobre formação, bem como apresentar o processo que se desenvolveu o ordenamento legal; 3. Apresentar e analisar dados sobre o curso de formação técnico em enfermagem, tendo como referência as condições de oferecimento do curso.

Quanto à metodologia foi de natureza qualitativa por nos oportunizar a “interpretação que os grupos humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam” (MINAYO, 2014, p. 57). Ao conhecermos a

realidade atual da formação do técnico em enfermagem, tal método propiciou “desvelar processos sociais referentes a grupos particulares além da construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (*idem*, 2014).

A instituição escolhida oferece curso de técnico em enfermagem e atende aos requisitos mínimos exigidos pelo Conselho Estadual de Educação para oferecimento do curso no que diz respeito a laboratórios para aulas práticas, estágio supervisionado e matriz curricular, além de ser considerada referência em ensino de cursos técnicos da área da saúde no Estado. Como instrumentos para dar materialidade à pesquisa, utilizamos questionários aplicados aos coordenadores, docentes e discentes, como também análise documental do projeto político-pedagógico da instituição e a matriz curricular do referido curso.

A análise dos dados será feita à luz das categorias contradição, possibilidade e totalidade por, na análise da prática, “abordarem o desenvolvimento de elementos internos que entram em conflito, a superação dos enfrentamentos e a construção do que ainda não existe e, também, o estudo dessa prática como momento de um todo” (CHEPTULIN, 1982, p. 86).

Todas elas estão vinculadas à relação entre pensamento e ser e à revelação do conteúdo real do objeto. Sob a forma de categorias, refletem-se as leis gerais e importantes do movimento dos fenômenos do mundo.

Na categoria contradição, o confronto entre os contrários é o ponto chave do desenvolvimento, do salto qualitativo de um estado a outro, o momento importante da contradição, uma vez que ela não é uma categoria estanque, fechada.

Segundo Lacks (2004, p.110), os contrários são, portanto, os contrapontos, ou seja, os aspectos diferentes de uma mesma e única essência, os elementos tanto coincidentes entre si como excludentes, pois, já que se consubstanciam em uma mesma essência, diferenciam-se em sua determinação.

Outra categoria a ser elencada é a da possibilidade, pois promovendo a condição é possível transformar a possibilidade em realidade. Ao agir sobre a natureza externa, o trabalho funda também a possibilidade de transformação da realidade. A partir desse momento, o homem já não é mero refém das circunstâncias da natureza. Com o agir

consciente direcionado às necessidades da reprodução, o ser social se torna o sujeito de sua própria história. Ao interferir nos acontecimentos, novas realidades poderão ser aceleradas ou freadas. Cheptulin (1982, p. 335) coloca que “se conhecemos a essência de uma formação material, conhecemos tanto seus estados reais como seus estados possíveis, os que ainda não existem, mas que surgirão em certas condições”.

Entendemos como possibilidade o que pode produzir-se quando as condições são propícias. São formações materiais, propriedades e estados inexistentes na realidade, mas que podem manifestar-se em decorrência da capacidade que as coisas materiais têm para transformarem-se.

A atual conjuntura, objetivando a manutenção do projeto hegemonicamente capitalista, tem apresentado fortes estratégias para reduzir ao máximo as possibilidades de transformação. E neste sentido, entendemos que na formação profissional encontramos possibilidades de provocar fissura no sistema em vigor e com isso promover mudanças significativas que serão experienciadas por gerações futuras.

Para Lacks (2014, p. 11), ao reconhecermos uma possibilidade, admitimos que ela se transforme em realidade mediante condições determinadas. Podendo interferir no curso dos acontecimentos, capacitamo-nos a criar condições requeridas, viabilizando, acelerando ou freando a transformação dessa possibilidade em realidade.

Já a categoria totalidade, em um trabalho científico, possibilita o entendimento da realidade como algo dinâmico ou como um todo estrutural que surge e se desenvolve em diferentes tipos de contradição. Visto que cada fenômeno deve ser compreendido como o momento de um todo (KOSIK, 1976, p. 113).

Entendemos que a noção de totalidade, com a relação dinâmica que procede do todo para as partes e das partes para o todo, também expressa uma concepção de como se dá o conhecimento na perspectiva da dialética materialista. Seja no movimento geral do capital, no processo de trabalho, nas políticas públicas, nas práticas de produção, na apropriação do conhecimento científico, na escola, na sala de aula e, em nosso caso na formação do técnico em enfermagem.

Os resultados do estudo serão apresentados em três capítulos. No primeiro propomos apresentar a relação entre o projeto de sociedade vigente, a educação e a saúde, especificamente a enfermagem na figura do técnico em enfermagem. O segundo capítulo

apresenta um histórico do ensino de enfermagem discorrendo sobre o ordenamento legal do curso de enfermagem; a construção do currículo mínimo para a formação dos técnicos e auxiliares em *enfermagem* além de apresentar as manobras capitalistas embutidas na formação dessa força de trabalho⁵. O terceiro e último capítulo apresenta uma análise do objeto de estudo, refletindo a realidade da formação do técnico em enfermagem a partir dos questionários aplicados aos coordenadores, docentes e discentes, como também da análise do projeto político-pedagógico da instituição.

2 A CONSOLIDAÇÃO DO PROJETO CAPITALISTA: AS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE E PARA O TRABALHO PEDAGÓGICO

Este capítulo tem como objetivo analisar as estratégias utilizadas pelo capital para consolidação do seu projeto social e as consequências para a saúde, o trabalho e a educação. A problemática da saúde foi sendo tratada ao longo do processo de

⁵ Para Rodriguez (1985) a quase totalidade dos trabalhadores da enfermagem é obrigada a vender a sua mercadoria, neste caso, “estão vendendo as suas energias físicas e mentais gastas quando desprendem cargas nervosas sensorial determinada especialmente pela visão, audição e paladar; carga física determinada pelo peso dos objetos de trabalho que manipulam; carga física e neuropsíquica determinada pela influência das condições higiênicas; carga psiconervosa determinada por fatores de risco no exercício do cargo.” RODRIGUEZ (1985) APUD ALVES, 2000, p. 21.

desenvolvimento social, mas foi com a conferência de Ottawa⁶ em 1986 que se instituiu uma concepção mais ampla de saúde baseada na qualidade de vida. Fatores como renda, educação, recursos sustentáveis, justiça social, equidade, entre outros, estão na lista da nova concepção de saúde discutida na Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde. Segundo a OMS – Organização Mundial da Saúde -, apenas a ausência de doença não define saúde, mas sim um completo bem-estar físico, social e mental além das condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e, principalmente, acesso aos serviços de saúde, tudo isso validado pela VIII Conferência Nacional de Saúde realizada no Brasil em 1986.

Segundo Barata,

Ao aprovar o capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988, a população, por meios de seus representantes no Congresso, decidiu que a saúde é um direito de todos e que deve ser garantido mediante ações de política pública. Fez ainda mais que isso, definiu a saúde através de um conceito amplo, que inclui os seus principais determinantes e apontou em linhas gerais os princípios que o sistema nacional de saúde deveria ter: universalidade, integridade e equidade (2009, p. 12).

Foi-se o tempo em que direito à saúde limitava-se à consulta médica. Saúde é direito de todos e dever do Estado. Atender ao usuário em sua individualidade garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação em todos os níveis.

A saúde é um direito social garantido na lei, mas a negação deste direito tem sido evidenciada pela desigualdade social. Essa atitude implica em “algum grau de injustiça, isto é, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente coloca algum grupo em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio” (BARATA, 2009, p. 15)

Entre aqueles que admitem a influência do contexto, ou seja, das condições de vida sobre o estado de saúde, a maioria acredita que o estilo de vida dos indivíduos é o

⁶ A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes. Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões localizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações Inter setoriais necessárias para o setor (BACKES *et al.* 2009).

principal responsável pelas desigualdades sociais. Esta perspectiva liberal de compreensão do processo saúde-doença acaba por esvaziar o conteúdo social do processo, atribuindo a preferências individuais a causa das diferenças observadas.

As posições da saúde pública tradicional e da educação sanitária são amplamente baseadas nessa crença de que os indivíduos na sociedade atual são livres para escolher a qualidade de sua moradia, suas condições de trabalho, seus comportamentos e as situações de maior ou menor risco para a saúde.

O que ocorre de fato é que “a constituição do próprio sistema capitalista de produção e suas formas particulares de expressão nas diferentes sociedades, têm dado maior ênfase aos mecanismos de acumulação do capital e exclusão da classe menos favorecida” (BARATA, 2009, p.19). E com isso, a posição de classe e a reprodução social passam a ser vistas como os principais determinantes do perfil da saúde e doença.

Assim, tornam-se necessárias as transformações nos nossos valores e na forma como concebemos o mundo, a saúde e a doença, a forma como produzimos o conhecimento e, principalmente, a maneira pela qual atuamos como profissionais de saúde. Uma vez que a saúde é considerada um bem individual, não econômico (não pode ser comprada ou vendida) e comum a todos os seres humanos, a manutenção desta torna-se um direito que deve ser assegurado pelo Estado. Mas não é isso que acontece, na verdade a saúde do ser humano tornou-se foco merecedor da atenção das estruturas sociais a partir do momento em que o corpo se constituiu como matéria-prima para a reprodução e acumulação de capital e, posteriormente, quando a doença se apresentou como um objeto passível de ser explorado com finalidades capitalistas.

Vemos hoje que os avanços da assistência e do tratamento aos doentes respondem aos interesses do sistema produtivo e não se devem aos valores de solidariedade e à sensibilidade frente ao sofrimento do ser humano.

Se formos analisar a contratação de serviços hospitalares pelo Estado, por exemplo, o parque de estabelecimentos hospitalares no Brasil hoje é predominante de organizações privadas, como resultado de políticas governamentais da década de 70 e 80. Frente à forte recessão econômica da época, o Estado adotou políticas para a redução de custos que impulsionaram a privatização da assistência médico-hospitalar, propiciando a acumulação de capital privado mediante a transferência de recursos públicos.

De acordo com Ribeiro (1993)

No início da década de 70, o Estado contratou toda a produção médico-hospitalar privada, sem conhecer necessidades reais e sem controlar a qualidade e a quantidade do que se comprava, sem qualquer processo de licitação. A política de preços do sistema público de saúde foi fortemente influenciada pelos proprietários dos estabelecimentos hospitalares privados (RIBEIRO, p. 78).

Percebe-se que a contradição entre uma grave recessão econômica e a expansão da rede de serviços públicos de saúde, por meio dos convênios com organizações privadas, explicitava que tal expansão respondia a interesses econômicos e de grupos políticos bem antes de servir às necessidades públicas específicas. A construção, a instalação e o uso de serviços médicos e hospitalares não são determinados, exclusivamente por necessidades das populações, mas também por interesses econômicos concretos e de corporações e grupos políticos.

A precarização da saúde que atende à população tem levado grande parte dos desassistidos a procurarem os planos de saúde, que na verdade apenas enriquece os empresários controladores de tais serviços e, no momento em que mais se precisa da assistência, esta continua precária.

Na verdade os planos de saúde surgem para amenizar a responsabilidade do Estado e não garantir o direito à saúde, uma vez que ao aprovar o capítulo sobre a saúde na Constituição de 1988, a população, por meio de seus representantes no Congresso decidiu que a saúde é um direito de todos e deve ser garantido mediante ações de políticas públicas. “Fez ainda mais do que isso, definiu a saúde através de um conceito amplo, que inclui os seus principais determinantes e apontou em linhas gerais os princípios que o sistema nacional de saúde deveria ter: universalidade, integralidade e equidade” (BARATA, 2009, p. 12). Quanto aos planos de saúde, Ribeiro (1983) complementa: “na medida em que se reconheceu que o trabalho faz adoecer, a saúde dos trabalhadores passou a ser de responsabilidade das empresas e indústrias, abrindo um mercado de planos de saúde para pessoas jurídicas” (p. 95).

Este segmento se apresenta como um intermediador entre os serviços e o paciente, gerando conflitos que permeiam todas as relações decorrentes deste processo de assistência à saúde: médico, paciente, hospital, plano de saúde, empresa, poder público.

Apesar da sua finalidade econômica explícita, as organizações privadas que consomem a grande fatia do dinheiro público destinado à saúde, encontram-se num momento de lucratividade incerta. Segundo Ribeiro, esse momento é decorrente:

[...] da sua subordinação a variáveis externas muito fortes, representadas principalmente pela dependência de recursos públicos, pelo preço dos produtos industriais médicos que consome e comercializa e pela condição econômica e social da maioria dos seus consumidores, cujos salários não comportam os custos reais dos cuidados à saúde, limitando o repasse dos mesmos. (RIBEIRO, 1983, p. 32).

O fato é que as estratégias de manutenção da lucratividade passam pelo processo de precarização do trabalho, pela seleção de clientela e pela diminuição na qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

Diante da crise no setor, a produção em saúde está passando por diversas transformações, as quais afetam as relações e as condições de trabalho, exigindo modificações no sistema de exploração e do controle do trabalhador, a fim de manter a ordem, a produção e os lucros.

Assim, as consequências da consolidação do sistema capitalista para o trabalho também trazem questões a serem analisadas. A atitude do homem em colocar a natureza a seu serviço constitui o trabalho e o diferencia dos outros seres. O homem internaliza o trabalho como uma essência a cada experiência vivida. Dessa forma transforma também sua própria natureza. É com a produção de seus meios de vida que o homem se distingue dos animais. De acordo com Saviane (2005, p. 225) “o homem precisa agir sobre a natureza transformando-a e ajustando-a às suas necessidades. Em lugar de adaptar-se à natureza, tem de adaptá-la a si.”

Leontiev (1978) explica que:

[...] o homem, diferente dos animais, desenvolveu práticas criadoras e produtivas, criando uma atividade fundamentalmente humana: o trabalho. Desta maneira, o trabalho não é qualquer tipo de atividade, mas uma ação adequada à finalidade de transformação humana. O trabalho é importante ao ser humano, faz parte da sua essência, constitui em um elemento histórico para a humanidade.

Com este domínio que o homem foi tendo sobre a natureza, ele foi ampliando cada vez mais seus horizontes e descobrindo novos objetivos até então desconhecidos. Segundo Antunes (1997):

(...) o trabalho é a fonte de toda a riqueza, pois é condição básica e fundamental de toda a vida humana sendo de tal maneira tão importante que, através do trabalho, o homem tornou-se homem. É unicamente pelo trabalho que o homem adquire conhecimento para o seu desenvolvimento, e pelas transformações dos conhecimentos e habilidades, transmitindo novos papéis e desenvolvendo tarefas mais complexas até atingir o alto grau de perfeição (116).

Isso acontece, porque o trabalho proporciona novos conhecimentos e habilidades. Por exemplo: a nova situação posta pela transformação da natureza objetiva e subjetiva faz brotar novas necessidades e, por conseguinte, novas possibilidades para atendê-las. Esse quadro geral de necessidades e possibilidades novas impulsiona “o indivíduo a novas prévias-ideações, a novos projetos e, em seguida, a novas objetivações. Estas, por sua vez, dão origem a novas situações que farão surgir novas necessidades e possibilidades, e assim por diante” (LESSA, TONET, 2011, p. 20).

Isso significa que os homens chegaram a um ponto que tiveram a necessidade de evoluir e criar novas esferas de trabalho e com novas atividades que os afastaram muito mais dos animais. Diante de todas essas criações que se manifestavam e com a nova diversidade do trabalho, de geração em geração, era necessário dominar a natureza e apropriar-se dela.

Nesse sentido, o trabalho vai muito além daquela primeira necessidade da reprodução social, aquela de produzir a base material da sociedade. O trabalho tem em si, a decisiva capacidade de remeter obrigatoriamente para além de si mesmo (MARX, 2013). Esse movimento de mudança na realidade social se refrata nas formas de cuidar, afinal, e de maneira dialética, mudanças na realidade objetiva, movidas em princípio pela transformação da natureza, ou seja, pelo trabalho, requisitam mudanças nas antigas formas de cuidar, no intuito das últimas atenderem agora as novas demandas da realidade social.

Para entendermos em que consiste o trabalho na enfermagem, nos baseamos mais uma vez em Marx visto que, consideramos o trabalho como um processo em que os trabalhadores da enfermagem, tendo um fim pré-concebido, lançam mão de suas energias físicas e mentais, ou seja, da própria força de trabalho, para produzirem serviços dirigidos aos seus objetos no sentido de transformá-los.

Ao materializar o trabalho são desenvolvidas operações⁷, separadas uma das outras, de modo que umas são mais simples do que outras e, portanto, todas elas mais simples do que o todo (ALVES, 2000, p. 19). Algumas são predominantemente

⁷ As operações são partes integrantes do processo de trabalho e compreendem um conjunto de elementos necessários a sua execução. Por exemplo, preparar um tratamento, administrá-lo no paciente, observar os efeitos etc. (ALVES, 2000).

intelectuais e outras manuais. Estas últimas tomam um caráter especial porque o trabalho mecânico

[...] exaure os nervos ao extremo, suprime o jogo variado dos músculos e confisca toda a atividade livre do trabalhador. Até as medidas destinadas a facilitar o trabalho se tornam meio de tortura, pois a máquina em vez de libertar o trabalhador do trabalho, despoja o trabalho de todo interesse [...] Toda produção capitalista [...] tem esta característica: em vez de dominar as condições de trabalho, o trabalhador é dominado por elas (MARX, 1987).

Nesta situação, observa-se que a estruturação do trabalho tem por objetivo transformar o trabalhador em um adendo da máquina. Detendo diferentes graus de qualificação, o trabalhador fica sujeito a ampliar a sua destreza em determinadas operações para que seja diminuído o tempo gasto em cada uma delas, aumentando a produtividade e diminuindo o valor do trabalho e da própria força de trabalho, reduzindo, assim, os gastos e maximizando os lucros.

No capitalismo, segundo Leontiev (1978),

a divisão social do trabalho transforma o produto do trabalho num objeto destinado à troca, o que modifica radicalmente o resultado do produtor no produto que ele fabrica, tornando esse produto totalmente impessoal, o lucro. A produção de mercadoria tem como condições indispensáveis a divisão social do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção (p. 132).

Com a divisão do trabalho, surge o processo de alienação e exploração do trabalho. Em outras palavras, significa que o trabalhador não se satisfaz no seu trabalho, e acaba não se reconhecendo e se negando nesta atividade. Desta forma,

[...] o trabalhador só se sente, por conseguinte e em primeiro lugar, junto a si [quando] fora do trabalho e fora de si [quando] no trabalho. Está em casa quando não trabalha e, quando trabalha, não está em casa. O seu trabalho não é, portanto, voluntário, mas forçado, trabalho obrigatório. O trabalho não é, por isso, a satisfação de uma carência, mas somente um meio para satisfazer necessidades fora dele (MARX, 1987, p. 82).

O trabalhador fica totalmente alheio no seu trabalho, não tem qualquer sinal de identificação com o mesmo, vende apenas sua força de trabalho para o capitalista para a sua sobrevivência. A consequência deste fato (a divisão social do trabalho) gera o processo de alienação econômica e traz no seu bojo a separação das atividades materiais e intelectuais na separação daqueles que pensam e aqueles que executam, ou seja,

O processo da alienação econômica, produto do desenvolvimento da divisão social do trabalho e das relações de propriedade privada, não tem, portanto por única consequência afastar as massas da cultura intelectual, mas também dividir estas em duas categorias, uma progressista, democrática, servindo ao desenvolvimento da humanidade, e as outras que levantam obstáculos a este

progresso, penetrem-se nas massas, e que formam o conteúdo da cultura declinante reacionária da sociedade (LEONTIEV, 1978, p. 9).

Esse processo só aumenta a concentração da desigualdade social entre aqueles que possuem o poder e aqueles que estão fora do processo, fazendo com que a maior parte da humanidade esteja despossuída de bases culturais e econômicas.

Tal desigualdade social vem sendo ratificada pelas grandes empresas com alto grau de produtividade, que reúnem enorme número de capitais, sob a forma de sociedade anônima e a transformação dos bancos, que passam de modestos intermediários – que convertem o capital monetário em capital que renda lucro -, para monopolistas onipotentes o qual Lênin (1975) configurou como o início de uma nova fase do capitalismo, denominado imperialismo.

Segundo critérios econômicos, o referido autor definiu o imperialismo a partir de cinco traços fundamentais, sendo:

A criação dos monopólios gerados pelo elevado grau de desenvolvimento da concentração de produção e de capitais; fusão do capital bancário como industrial e a criação da oligarquia financeira; grande importância adquirida pela exportação de capitais, diferente, da exportação de mercadoria; a partilha do mundo por associações monopolistas internacionais formadas por capitalistas e a divisão territorial do mundo entre as potências capitalistas mais importantes (LÊNIN, 1975, p.87).

O que se observa, a partir da definição, é que o imperialismo, nada mais é que o aperfeiçoamento do sistema capitalista validado pelo monopólio e pela exportação do capital financeiro, dando início à partilha da terra entre os países capitalistas mais importantes. Portanto, a característica essencial do antigo capitalismo, em que predominava a livre concorrência, era a exportação de mercadorias; no capitalismo moderno, em que impera o monopólio, é a exportação de capital (LEMOS, 2004).

Com isso, formas mais apropriadas de como administrar o trabalho coletivo foram gerados por essas mudanças, sendo a gerência científica, um dos elementos utilizados para esse fim. Desenvolvida por Frederic W Taylor, nos Estados Unidos, foi visualizada por Braverman (1977) como um empenho na aplicação dos métodos da ciência aos problemas complexos e crescentes do controle operário nas empresas capitalistas em expansão. Entretanto, estes pressupostos básicos referiam – se apenas às condições de produção do ponto de vista do capitalista e na adaptação do trabalho à exigência do capital. Os princípios científicos desencadeados por Taylor (1992) foram um resgate das

teorias filosóficas liberais do século XIX em que a divisão de tarefas tinha grande destaque, além dos aspectos reativos à hierarquia, autoridade e controle (*idem*, 1977).

Desta forma, estava consolidando-se, no capitalismo, uma radical separação entre o saber e o fazer, entre uma concepção, o planejamento e a execução; entre trabalho manual dos operários e o intelectual das gerências. Merlo e Lapis afirmam:

Com o estudo dos tempos e movimentos, o trabalho foi decomposto em parcelas cada vez mais elementares e simplificadas. Cada tarefa passou a corresponder a um posto de trabalho, o qual deveria ser ocupado, não por qualquer trabalhador, mas pelo homem certo (2007, p. 63).

Isso significa que Taylor identificou a importância de se aprimorarem as formas de recrutamento. Essas passaram a ter como objetivo principal selecionar de maneira criteriosa o trabalhador mais adequado para cada tarefa, para cada posto de trabalho, o que ficou conhecido como “o homem certo no lugar certo”.

Suas investigações demonstraram que o operário deveria ser treinado para realização dos trabalhos pela cooperação mínima da administração e suas leis científicas, deixando de existir um critério individual do operário para a solução dos problemas. Outros aspectos valorizados pela gerência científica foram:

O incentivo salarial – com vista ao incentivo da competição entre os trabalhadores –; a adequação do ambiente físico ao trabalho – organização de postos de trabalho separados entre si e comunicação restrita apenas ao chefe imediato – sendo que a relação entre a gerência e o conjunto dos trabalhadores se realizava de forma individual (TAYLOR, 1992, p. 50).

Além do estudo das tarefas, da seleção do trabalhador mais adequado para a sua execução e do treinamento, configuram-se, entre os objetivos tayloristas de racionalização do trabalho, os incentivos salariais com vistas à elevação da produtividade.

O taylorismo possibilita a separação entre concepção e execução – princípio inerente ao modo de produção capitalista. Para Braverman (1977):

(...) ele cria espaço para a desqualificação e a alienação progressiva dos trabalhadores com relação ao processo de produção. Essa alternativa somada à fragmentação do trabalho aprofunda o ofuscamento do sujeito. Assim, os dois problemas fundamentais são o do controle e da desqualificação. Sob esta perspectiva, a desqualificação é o único meio de impedir o domínio dos trabalhadores sobre o processo de trabalho (p. 87).

Tal desqualificação é ratificada pela fragmentação do conhecimento, tirando do indivíduo a oportunidade de uma formação edificadora que promova autonomia, deixando-o cada vez mais dependente do sistema de produção capitalista.

Paralelamente ao processo de trabalho taylorista-fordista, estabeleceu-se um sistema de “compromisso” e de “regulação” que oferecia a ilusão de que o sistema de metabolismo social do capital era efetivo, duradouro e controlado, regulado e fundado num compromisso entre capital e trabalho mediado pelo Estado, resultado não só da lógica do desenvolvimento anterior do capitalismo como do equilíbrio da relação de forças entre burguesia e proletariado. Tratou-se de um compromisso ilusório, pois,

Sob a alternância partidária ora com a socialdemocracia, ora com os partidos diretamente burgueses, esse compromisso procurava delimitar o campo da luta de classes, onde se buscava a obtenção dos elementos constitutivos do welfare state em troca do abandono, pelos trabalhadores, do seu próprio histórico-societal. Uma forma de sociabilidade fundada no ‘compromisso’ que implementava ganhos sociais e seguridade social para os trabalhadores, dos países centrais, desde que a temática do socialismo fosse relegada a um futuro a perder de vista. Além disso, esse ‘compromisso’ tinha como sustentação a enorme exploração do trabalho realizado nos países do chamado Terceiro Mundo, que estavam totalmente excluídos desse ‘compromisso’ socialdemocrata. Por meio desses mecanismos de compromisso foi-se verificando durante o fordismo o processo de integração do movimento operário social-democrático, particularmente dos seus organismos de representação institucional e política, o que acabou por convertê-lo numa espécie de engrenagem do poder capitalista (ANTUNES, 2000, p. 39).

Ao final da década de 1960, esse sistema começou a apresentar os primeiros indícios de esgotamento, coincidindo com a crise do fordismo, que se expressou com a profunda crise estrutural, cujos traços mais evidentes foram apontados por Antunes:

como sendo a queda da taxa de lucro causado pelo aumento da força de trabalho; o esgotamento desse padrão de acumulação por incapacidade de dar resposta à retração acentuada do consumo, devido ao início de desemprego estrutural; aumento considerável da esfera produtiva, que ganhava autonomia relativa frente aos capitais financeiros, que já eram prioridade especulativa da nova fase de internacionalização; a própria crise do estado do bem-estar social – ‘welfare state’ – e seu financiamento, que acarretou a crise fiscal do estado capitalista e a forçosa transferência dos gastos públicos para o capital privado; acentuação das privatizações, a tendência generalizada às desregulamentações e à flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho (2000, p. 61).

Em contrapartida, Merlo e Lapis (2007) destacam que:

O movimento estudantil passou a criticar os valores e o modo de vida prevalentes no sistema capitalista. Acirraram-se as lutas dos trabalhadores diante do trabalho parcelado, repetitivo, especializado, com rígida disciplina e severo controle; a esse contexto agregaram-se os choques de petróleo, o término da convertibilidade do dólar em ouro e a flutuação das moedas. As

consequências expressaram-se na inflação ascendente e na diminuição dos investimentos na produção (p. 65).

Outras mudanças significativas passaram a compor o mundo do trabalho como também suas concepções. Novas tecnologias fundamentadas na robótica foram determinantes para tais transformações.

O taylorismo, o fordismo e demais formas de conceber o conceito e o pensamento organizacional mesclam-se com outras formas de administração, entre elas o toyotismo⁸, que com seu advento favoreceu a indústria automobilística japonesa, consistindo na operação de várias máquinas simultaneamente por um mesmo trabalhador, gerando aumento da produção sem aumento do número de trabalhadores.

Esse novo processo de trabalho, que substituiu a produção em série e em massa anteriormente verificada no fordismo e taylorismo pela flexibilização da produção, conhecida por especialização flexível, é aplicado na organização de empresas, com diminuição da hierarquia e maior participação dos trabalhadores na concepção do processo produtivo. Fundamenta-se num sindicalismo participacionista, pela qual o trabalhador adere à cultura e ao projeto da empresa e obtém certas garantias de estabilidade.

De acordo com Antunes (2000),

(...) entre os elementos constitutivos deste novo modelo flexível de produção, tem-se a qualidade total⁹ - que traz no seu bojo, a taxa decrescente do valor de uso das mercadorias, como condição para reprodução ampliada do capital e seus imperativos expansionistas – a destruição da força humana do trabalho, causada pela liofilização organizativa da “empresa enxuta”. Este modelo de produção é a expressão mais límpida e cristalina deste mundo do trabalho que deve viver o sonho do capital (p, 36).

⁸ Essa nova fase do capitalismo foi marcada por mudanças profundas. Difundiu-se uma nova base técnica, a microeletrônica – desenvolvendo a informática, a automação, a robótica e a telemática -; os mercados e a produção internacionalizaram-se, comprometendo a regulação fordista (MERLO; LAPIS, 2007, p. 65).

⁹ “A necessidade imperiosa de reduzir o tempo de vida útil dos produtos, visa aumentar a velocidade do círculo produtivo e desse modo ampliar a velocidade da produção de valores de troca, faz com que a ‘qualidade total’, seja, na maior parte das vezes, o *invólucro* a aparência ou o aprimoramento do supérfluo, uma vez que os produtos devem durar pouco e ter uma reposição ágil no mercado. A ‘qualidade total’, por isso, não pode se contrapor à taxa de utilização decrescente do valor de uso das mercadorias, mas deve adequar-se ao sistema do metabolismo socioeconômico do capital, afetando desse modo tanto a produção de bens e serviços como as instalações e maquinarias e a própria força humana de trabalho.” MÉSZÁROS (1995) citado por ANTUNES (2000). Op. Cit. p. 50-51

Tal modelo coloca o trabalhador em xeque na execução de estratégias em nome da economia capitalista que beneficia o empresário e deixa o trabalhador numa situação cada vez mais crítica.

A consequência mais evidente é o distanciamento pleno de qualquer alternativa para além do capital, à medida que se adota e postula uma ótica de mercado, da produtividade, das empresas, não levando sequer em conta, com devida seriedade, entretanto os elementos tão graves e prementes como, por exemplo, a questão do desemprego estrutural, que atualmente esparrama-se por todo mundo em dimensões impressionantes, e que não poupa nem mesmo o Japão que nunca contou com o excesso de força de trabalho (ANTUNES 1997, p. 41).

Estas transformações ainda em curso também afetam o setor de serviços que cada vez mais se submetem à racionalidade do capital. Observa-se a diminuição do serviço bancário, a privatização dos serviços públicos, da saúde, educação e contraditoriamente a predominância do trabalho voluntário. Passam a combinar, portanto, as formas de administração taylorista e fordista, com administração de base flexível.

Vê-se que o projeto hegemonicamente capitalista é ratificado por elementos estruturais em todo percurso histórico. A exploração dos meios de produção sempre esteve pautada na produção do lucro e na manutenção da classe dominante enriquecida pela exploração da classe trabalhadora, tal prática também é observada em todos os complexos da sociedade atual.

3 FORMAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: ORIGEM DO CURSO E O ORDENAMENTO LEGAL

Este capítulo tem por finalidade, através do processo histórico, descrever como se deu a formação do técnico em enfermagem, bem como delinear o ordenamento legal ao longo dos tempos. O ensino de enfermagem, no Brasil, teve início em 1890, com a criação da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto no Hospital Nacional de Alienados com o objetivo de formar enfermeiros para trabalhar nos hospícios e hospitais civis e militares (OGUISSO, 2007). Segundo Silva e Cavalcanti (2013), tal iniciativa surgiu da necessidade de:

[...] fundar um local no qual fossem ensinadas práticas destinadas ao cuidar, tendo sido motivada pela cisão entre o corpo médico e as irmãs de caridade, à época, responsáveis pela prestação de cuidado religioso nas Santas Casas de Misericórdia e em outras instituições assistenciais. A principal causa foi a “insubordinação” das irmãs de caridade às prescrições médicas, uma vez que para os médicos eram eles que deveriam ocupar o topo da hierarquia dentro das instituições (p. 34).

Outra finalidade da Escola de Enfermagem era preparar o pessoal no próprio hospital e dar oportunidade de trabalho a mulheres órfãs que não tinham como sobreviver sem uma profissão que as sustentassem, após os dezoito anos, quando saíssem dos orfanatos (OGUISSO, 2007, p. 110).

Nesse período, já havia como proposta a remodelação da prática do cuidado, por meio da educação pautada em modelos cientificistas, o que favoreceu a entrada em cena da enfermagem de forma normatizada (ARAÚJO *et al.*, 2010, p. 21). Segundo Silva e Cavalcanti (2013), é nesse momento que a enfermagem assume, no Brasil, a condição de responsável pelo cuidado sistematizado, em bases historicamente determinadas e cientificamente orientadas. Os autores entendem que a partir daí surge o processo de profissionalização da enfermagem, uma vez que os elementos agora presentes saltam do cuidado *em geral* e do cuidado *religioso* e são sistematizados na forma de cuidado em enfermagem. Ainda neste sentido, para ratificar o processo de profissionalização é criada a escola de Enfermagem Anna Nery como também a formação da primeira turma de enfermeiras (RIZZOTTO, 1999).

Era o final do período monárquico e o Brasil passava por grandes mudanças no âmbito social, político, econômico e sanitário.

O Rio de Janeiro, então capital do país e sede do império, mostrou sinal de progresso na segunda metade do século XIX com o desenvolvimento e a diversificação das atividades comerciais, dos transportes e da comunicação que contribuíram para o crescimento do mercado interno e para a multiplicação das indústrias (SANTOS *et al.*, 2001, p. 76)

Alguns fatores relevantes da época em que a enfermagem estava se profissionalizando valem ser destacados como a inauguração do primeiro curso de enfermeiras visitadoras, idealizado por Amaury de Medeiros¹⁰, da Cruz Vermelha

¹⁰ Amaury de Medeiros entrou na Cruz Vermelha Brasileira – Órgão Central – em 1917, quando liderou os serviços clínicos e foi professor no curso de enfermagem dessa instituição, onde permaneceu até o final do ano de 1922.

Brasileira, e do curso de enfermeiras visitadoras idealizado por José Paranhos Fontenelle, no Departamento Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro.

Dentre os acontecimentos que precederam a criação dos referidos cursos, destacam-se a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), a gripe espanhola, em 1918, e por último a tuberculose. Esses fatores certamente levaram a uma movimentação política por parte da elite sanitarista, trabalhadores e classe média urbana, impulsionando uma reforma sanitária (PORTO; AMORIM, 2010).

Em outubro de 1918, com o término da Guerra, o Brasil foi atingido pelo flagelo da gripe espanhola. De acordo com as estatísticas, essa gripe matou 20 a 30 milhões de pessoas em todo o mundo; e no Rio de Janeiro, milhares morreram nas suas casas, no trabalho e nas ruas. A fragilidade das políticas sanitaristas do estado brasileiro foi nítida (AYRES *et al.*, 2010).

No campo político, destacam-se a Proclamação da República (1889) e a chamada Revolução de 1930; no campo econômico, a crise do ciclo cafeeiro e a aceleração do processo industrial; no campo social, a urbanização, a migração e os movimentos sociais e no campo cultural, a Semana de Arte Moderna em 1922.

Nesse período, o país era governado pelas oligarquias formadas pelos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A cafeicultura era o principal setor da economia e os fazendeiros do café formavam um grupo dominante, a aristocracia do café, o que lhes assegurava grande poder político e econômico na esfera do governo federal (BARROS, 1985, p. 232).

As transformações no cenário brasileiro, durante o século XIX, de modo específico a partir da expansão e declínio do cultivo do café, geraram sucessivas rearticulações internas e externas, para que o país pudesse se adequar ao sistema mundial, que começava a impor limitações e redução no volume das importações de produtos primários produzidos e comercializados pelo Brasil, principalmente o café (RIZZOTTO, 1999).

Na época, a exploração do trabalho escravo estava em decadência diante das inúmeras fugas e sucessivas implementações das leis antiescravistas. Segundo Fausto (2006), os proprietários de escravos nunca se preocuparam com a sua reprodução, ficando somente na dependência do fluxo das importações. Com a extinção do tráfico, o mercado de escravos começou a entrar em decadência em todas as províncias brasileiras.

Com a abolição, muitos ex-escravos permaneceram nos centros urbanos, disputando o mercado informal com portugueses, italianos e espanhóis (ELIAS, 2005). As condições de salubridade na cidade do Rio de Janeiro (Distrito Federal) eram precárias, pois não havia redes de esgoto e o recolhimento dos dejetos era feito por carregadores e lançados ao mar.

Foi intenso o processo migratório no Brasil no final do século XIX e início do século XX principalmente nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Rizzotto (1999) estima que, nesse período, cerca de 4,5 milhões de pessoas, entre italianos, portugueses e espanhóis vieram para o Brasil, com o intuito inicial de trabalhar na agricultura. Porém, devido às crises no setor agrícola, deslocaram-se para os centros urbanos em busca de trabalho nas fábricas. O resultado desse desenvolvimento foi uma aglomeração de pessoas em precárias condições de vida.

O processo crescente de urbanização também colaborou para o agravamento de um ambiente insalubre e precário de higiene, pois viver na cidade no final do século XIX constituía uma verdadeira prova de resistência física e moral – isso porque grande parte da população tinha que se defrontar tanto com a escassa oportunidade de trabalho quanto com as más condições de habitação e alimentação.

Eram muitos os problemas relacionados à saúde pública e cada vez mais incontroláveis. Intensas críticas eram dirigidas à inspetoria por não tomar providências, principalmente no que se referia ao surto de varíola e febre amarela que se alastrava na época (FERNANDES, 1999).

Na tentativa de resolver problemas de saúde agravados no início do período republicano, dentre outras medidas, o governo criou o Conselho de Saúde Pública (1890); regulamentou o Laboratório de Bacteriologia (1892); criou o Instituto Sanitário Federal (1894); a diretoria Geral de Saúde Pública; o Instituto Soroterápico Municipal (1900); a notificação compulsória das doenças consideradas transmissíveis (1902) e instituiu a obrigatoriedade da vacina contra a varíola (1904) (COSTA, 1986, p. 45,46).

Nesse sentido, Bertolli Filho (2008) afirma:

Ao discutir a influência do período das oligarquias brasileiras para a saúde pública, durante esse período, os governos buscaram apoio na ciência da higiene para examinar detidamente o ambiente físico e social das populações urbanas e, a partir dela, definir estratégias para melhorar as condições das áreas vitais para a economia nacional – as cidades e portos (p. 23).

O combate às epidemias tornou-se, portanto, prioridade política e sanitária, combatida predominantemente pelo higienismo e pelos princípios da corrente bacteriológica e da eugenia. De acordo com Marques (1994, p. 27), a eugenia “vinha assim qualificar a higiene como impositora de normas para regular a vida social das populações urbanas, ampliando consideravelmente aquele campo de atuação. ”

A partir de 1903, quando Oswaldo Cruz assumiu a Direção de Saúde Pública, algumas práticas foram implementadas. Durante esse período (1903-1908) diminuiu a mortalidade pela peste e acabou a epidemia de varíola, através do controle sanitário, da realização de campanhas de vacinação e do método de controle de vetores, característicos do modelo campanhista/policial, que se baseava na concepção ontológica e uni causal das doenças (COSTA, 1986, p. 46).

A atuação da enfermagem, neste período, era voltada apenas para medidas sanitárias, uma vez que se exigiu do sistema de saúde “uma política de saneamento dos espaços de circulação, das mercadorias exportáveis e erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação” (MARQUES, 1994, p. 20).

Como na época os recursos destinados à defesa sanitária eram insuficientes, entrou em cena a Cruz Vermelha que tinha como objetivo prestar socorro aos feridos e enfermos e oferecer proteção aos necessitados em caso de calamidade pública. A Cruz Vermelha, criada por contingência de guerra, sempre teve a preocupação em treinar pessoas para causas humanitárias (OGUISSO, 2007, p. 55).

Ainda segundo a referida autora, foram criados dois cursos direcionados ao sexo feminino para trabalhar em hospital e em domicílio. Como estava em período de guerra, no caso a I Guerra Mundial, o país vivia em tempos de voluntariado para prestar assistência aos feridos. A grande procura era por pessoas da elite, e tinha a duração de um ano. Já o curso para enfermagem profissional tinha a duração de dois anos e era ministrado por médicos.

Como já dito anteriormente, a primeira escola de enfermagem no Brasil surgiu em 1890, junto ao Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro. Além de objetivar a formação de enfermeiros para trabalhar nos hospícios e hospitais civis e militares também tinha como proposta formar força de trabalho para substituir as irmãs de caridade que

havia sido dispensadas do trabalho no hospício por motivos de desentendimento ideológico com a direção geral da instituição, que era ocupada por médicos.

A falta de pessoal capacitado para substituir as irmãs de caridade no trabalho com os doentes mentais fez com que o governo provisório da República aprovasse o Decreto nº 791/1890 criando a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, posteriormente reconhecida e oficializada em 1942, no governo do Getúlio Vargas, como Escola de Enfermagem Anna Nery (OGUISSO, 2007).

Organizada e dirigida por médicos, as regras que determinavam a profissionalização e exercício da enfermagem pautaram-se no modelo francês de atendimento aos doentes e de educação das docentes. Por esse modelo, privilegiavam-se os estudos clínicos fortemente vinculados às práticas médicas, pautados nas novas noções de assepsias e de higiene no trabalho hospitalar. Inicialmente propostas à medicina francesa do século XIX por Louis Pasteur.

Tais noções, para Oguisso (2007),

[...] preconizavam um ambiente limpo e organizado como forma de evitar o contágio de doenças por micróbios entre pacientes e trabalhadores. Como resultado os procedimentos no cuidado com o doente e com a organização do ambiente hospitalar passaram por alterações. O caráter assistencialista de atendimento, aos poucos, foi sendo substituído por um atendimento pautado no saber médico. Essas alterações representaram, também, “um desafio ao poder exercido pelas religiosas no cuidado dos doentes” (p. 131, *grifo da obra*).

Nesse sentido, o médico se colocava como detentor do saber científico, preconizando a laicização dos hospitais, ocasionando uma ruptura da medicina com a enfermagem empírica exercida pelas religiosas e, em alguns casos, por pessoas que não tinham preparo algum e que apenas recebiam uma mísera gratificação pelos seus serviços. Entre essas pessoas, estavam mulheres que não serviam para a indústria por serem consideradas analfabetas e imorais (SOBOLL, 2003).

Para romper com tal situação, o esforço empreendido deu-se pela escolarização da enfermagem que passou a ser de responsabilidade dos médicos. Foram eles que elaboraram os primeiros manuais de enfermagem e eram eles que preparavam tecnicamente as enfermeiras para que atuassem exclusivamente como *suas* auxiliares (OGUISSO, 2007), ao mesmo tempo em que consolidavam o saber e o poder médico no interior das instituições.

O hospital tornara-se um santuário, e mais ainda a sala de cirurgia, onde a assepsia era um rito sagrado, um verdadeiro cerimonial. Relata-nos Maria da Conceição Souza. Se os médicos, autores dos manuais, insistiam na submissão absoluta e definitiva das enfermeiras era porque eles tinham medo de correr o risco de deixá-las agir com técnicas um pouco mais elaboradas. A enfermeira deveria secundar o médico, mas nunca o substituí; e o melhor modo de evitar isso era limitar sua instrução às coisas de seu mister. Pura e simples executora de ordens, toda iniciativa lhe era interdita, e apenas seu valor moral era colocado em primeiro plano, como se fosse uma “religiosa leiga” (MOREIRA; OGUISSO, 2005, p. 72-73).

Dessa maneira, os médicos tornaram-se os detentores do conhecimento formal sobre a saúde e a doença, enquanto que a enfermagem se organizava e desenvolvia suas ações subordinadas ao gerenciamento médico.

A partir de então, outras escolas foram criadas: Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano, em São Paulo, 1913, instituição privada; Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, em 1916; e o curso de Enfermagem nos hospitais militares, em 1921 (GERMANO, 1993; RIZZOTTO, 1999; OGUISSO, 2007).

Considera-se que a Enfermagem Moderna foi introduzida no Brasil em 1923, mediante a organização do serviço de enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)¹¹, então dirigido por Carlos Chagas (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA 2001, p.81). Tal departamento, de acordo com Silva e Cavalcanti (2013), foi criado como uma das estratégias para o enfrentamento imediato dos problemas relacionados à saúde pública. O ensino tinha como propósito formar profissionais que garantissem o saneamento urbano, condições necessárias para que se desse a continuidade do comércio internacional, que se encontrava ameaçado pelas epidemias.

É nesse contexto, face às exigências do mercado mundial, que se dá a parceria entre o estado brasileiro e a Fundação Rockefeller para estruturar o ensino de enfermagem no Brasil. Para Bagnato (1994), a fundação Rockefeller tinha objetivos precisos em relação à América Latina que era criar condições sanitárias favoráveis ao desenvolvimento capitalista nos países subdesenvolvidos.

¹¹ Nesse mesmo ano, o sanitarista Carlos Chagas, tornou-se diretor do DNSP, caracterizando-se o que mais tarde se denominaria Reforma Carlos Chagas (Brasil, 2004:22). A Reforma Carlos Chagas amparou-se em dois Decretos – n. 3987, de 2 de janeiro de 1920 e n. 14.354 de 15 de setembro de 1920 – que dispuseram sobre a criação e regulamentação do DNSP, respectivamente caracterizando assim, a presença do estado brasileiro na reorientação da política de saúde, a partir da centralização das ações no campo da saúde pública em um departamento (FREIRE; AMORIM, 2010).

Somente em 1923, ocorre a criação do primeiro curso de enfermagem com organização administrativa e docente sob a responsabilidade de enfermeiros: a Escola de Enfermagem Anna Nery do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) no Rio de Janeiro. “Daí porque a maioria dos documentos registra-a como a primeira escola de enfermagem do país” (GERMANO, 1993, p. 27). Tão logo formadas, as enfermeiras passam a ser as responsáveis “por formar pessoal auxiliar para o exercício das tarefas delegadas de cunho predominantemente manual” (PIRES, 1998, p. 93).

A escola de Enfermagem Anna Nery modificou o modelo de enfermagem profissional no Brasil, pois passou a selecionar alunas das camadas sociais mais elevadas, atendendo diretamente ao projeto estabelecido pela classe dominante e sendo reconhecido como padrão de referência para as demais escolas.

Essas medidas buscavam imprimir uma nova ideologia ao trabalho de enfermagem e, com isso, criar uma nova identidade profissional, que se consubstanciava em exigências comportamentais e morais, referentes aos trajes e à postura corporal das alunas. Porém sem romper, nas relações de trabalho com a hegemonia médica masculina e a submissão feminina (OGUISSO, 2007, p. 83).

Tais comportamentos, expressos por Oguisso, ratificam o modelo de ensino adotado na escola Anna Nery o qual estava fundamentado nos princípios trazidos pelas enfermeiras norte-americanas além de possuir as seguintes características: a submissão, o espírito de serviço, a obediência, a disciplina entre outros. (GEOVANINI *et al.*, 2002).

Observa-se que tal modelo vai de encontro ao objetivo de formação dos profissionais que deveriam atuar na saúde pública, como agentes de educação em saúde.

Aqui, um destaque para a participação da mulher na enfermagem. Traz como princípio educativo a expressão do ideal de servir, sustentado pela religiosidade e pelos afazeres domésticos. Tais características continuam sendo dominantes na formação de pessoal para desenvolver atividades na enfermagem.

Barros (1985) ressalta que:

O estereótipo de enfermeira retratava uma mulher bondosa, carinhosa, caridosa, obediente e servil, características que passaram a ser exploradas no trabalho institucionalizado da enfermagem e que reportavam aos aspectos sociais do papel da mulher (esposa, mãe), almejados pelos homens (pais, esposo, médico) e também os valores religiosos que se associam a sua história. Entendia-se, assim, o caráter patriarcal de subordinação feminina da esfera privada/doméstica para a esferas pública/profissional (p. 234).

Tal formação, na verdade, ratificava uma educação para atender à classe economicamente dominante. Para Alves,

A segregação feminina na enfermagem é um fato histórico muito bem utilizado pelo capitalismo para manter os salários da forma de trabalho da enfermagem em baixos níveis. A exploração do trabalho feminino vem de longas datas e em várias correntes da sociedade. Na educação da mulher e, por extensão, na educação das trabalhadoras da enfermagem, perpassa a ideologia de que a enfermeira deve ser alguém disciplinada, obediente, que não exerça a crítica social, porém console e socorra as vítimas da sociedade. O trabalho coletivo da enfermagem é uma forma encontrada pelo capitalismo para manter as trabalhadoras parciais e para baratear o seu custo (2000, p.76).

Assim como a enfermagem inglesa e norte-americana, a enfermagem brasileira, mesmo apresentando suas especificidades, também seria institucionalizada na subordinação à prática médica hegemonicamente masculina, mesmo tendo uma inspiração voltada para o coletivo (GALLEGUILLLOS, OLIVEIRA, 2001).

Desta forma, Ethel Parsons, superintendente-geral responsável pelo serviço do Departamento Nacional de Saúde Pública deixa claro que:

Todo serviço prestado pelo pessoal do Serviço de Enfermeiras é de cuidados de enfermagem e de educação sanitária, e nunca, de maneira alguma, ultrapassar a linha de demarcação da ética nas atribuições do médico. Primeiro, e sempre, devem as enfermeiras de saúde pública aprender que o seu dever é executar as ordens médicas, notificar ao médico, inteligentemente, os sintomas e condições encontrados, prestar cuidados de enfermagem aos doentes em domicílio, e ensinar aos doentes e suas famílias os princípios de prevenção das doenças e de uma vida sadia, aprovadas pelas mais científicas descobertas modernas (1997, 20-21).

Identificamos aqui, a determinação em manter a hegemonia médica na condução da assistência enquanto que à enfermagem não cabia nenhuma autonomia, mas apenas cumprir as prescrições e notificar ao médico os fatos.

No que refere a atuação da enfermagem no âmbito da saúde coletiva que tem como característica uma assistência preventiva, vemos que a própria formação curricular já é questionável, uma vez que a disciplina Saúde Pública entra como especialização e não como disciplina curricular.

Segundo Rizzoto:

A pretensão inicial da escola de enfermagem era formar “enfermeiras visitadoras”, com o objetivo de atuar como educadoras sanitárias que ensinariam aos moradores dos bairros carentes noções de higiene, porém isso não ocorreu. Uma das razões que contribuiu para essa não realização estava na forma como foi elaborado o programa de ensino proposto pela escola que enfatizava o atendimento individual e curativo. Muito mais voltado ao contexto hospitalar do que ao atendimento coletivo e preventivo (1999, p. 36).

Outra contradição, segundo Germano (1993), é o fato de que a escola, criada pelo médico sanitaria Carlos Chagas, tinha como modelo o sistema Nightingaleano que se originou nos hospitais europeus e se desenvolveu nos hospitais americanos, mais uma vez contradizendo os objetivos para os quais os enfermeiros seriam “formados”.

Rizzoto (1999) observou que o programa a ser cumprido na formação dos enfermeiros em 1923 não diferia basicamente do programa instituído nos Estados Unidos em 1917. Centrado na formação hospitalar, tal programa aponta que houve grande empenho em reproduzir no Brasil o modelo da enfermagem americana, principalmente no que diz respeito à estruturação dos serviços de enfermagem nos hospitais.

Bagnato afirma que:

É interessante observar que no currículo do curso de escola de enfermagem, disfarçavam-se as disciplinas de caráter preventivo, o que era compatível com o objetivo da escola na formação de enfermeiras de saúde pública. Contudo, era exigido das alunas oito horas diárias de trabalho no Hospital Geral de Assistência do DNSP, o que mostrava uma ambivalência na formação destes profissionais. Portanto, a carga horária maior de prática estava no exercício das atividades hospitalares e não nas práticas conforme prescrevia as disciplinas curriculares (1994, p. 56).

Outra especificidade das escolas norte-americanas imposta à brasileira dizia respeito aos conteúdos. Em estudo realizado sobre o rol de disciplinas que compunham o ensino teórico do primeiro programa da Escola Anna Nery, Rizzotto (1999) afirma que somente 11% das mesmas eram voltadas para a saúde pública.

Embora a Escola de Enfermagem Anna Nery tivesse um programa de ensino estabelecido por decreto do governo brasileiro em 1923, as disciplinas ministradas assumem os mesmos nomes e compunham a mesma divisão do currículo norte-americano. Pereira e Ramos afirmam que:

Das trinta e cinco disciplinas do programa apenas quatro, podia-se dizer que eram voltadas para a saúde pública, as demais estavam vinculadas à forma de tratamento que se desenvolvia dentro do hospital. Outra relação é a carga horária teórico/prática e a distribuição nos campos de estágio. Para um total de 562 h/aula teóricas, correspondiam mais de 6000 h/aula de estágio. Dos trinta meses de estágio, vinte e oito meses eram realizados em enfermarias e ambulatórios hospitalares e somente dois meses em saúde pública (2006, p. 62).

Já as primeiras alterações realizadas na composição do programa de 1926, no entanto, não apresentaram diferenças significativas em relação à anterior. Ao analisar as cargas horárias de ambos, Rizzotto (1999) verificou que houve aumento significativo de

disciplinas relacionadas ao atendimento do indivíduo, comprovando novamente a predominância do modelo biomédico e voltado ao corpo individual. A ênfase na formação de base clínica evidenciava-se no fato de que mais de 90% do ensino prático era realizado em hospitais.

Assim, pode-se dizer que neste período, década de 1930, o exercício da enfermagem no Brasil, que pretendia vincular à saúde pública, caracterizou-se definitivamente como voltado para o modelo de assistência hospitalar.

Observa-se que todo esse investimento para a formação de enfermeiras diplomadas para atuarem na saúde pública, na realidade terminou formando enfermeiras especializadas para se trabalhar no âmbito curativo, satisfazendo a necessidade de uma parcela restrita da população, uma elite beneficiada com a melhoria dos serviços de saúde. A prova disso se encontra na própria organização da escola anexa a um hospital, assim como no programa de ensino, cujas disciplinas eram dirigidas quase que exclusivamente para a assistência curativa e individual.

Por muitos anos, a Fundação Rockefeller foi considerada o modelo ideal para o Brasil no que diz respeito à formação de enfermeiros. Segundo Oguisso (2007),

[...] com o decreto n. 20.109/31 evitava-se a proliferação de muitas escolas de enfermagem pelo Brasil, pois para funcionar legalmente a instituição precisava ser equiparada ao padrão da escola oficial, isto é, à Escola Anna Nery. Nesse caso, não a seguir como modelo, corria-se o risco de não ter os certificados dos discentes liberados (p. 97).

Quanto à criação da escola mencionada, como também a atuação da fundação Rockefeller na área do ensino, Silva e Cavalcante afirmam que:

(...) marcaram a estreita relação entre a criação das instituições de ensino em enfermagem da época (e atualmente também) com o chamado mundo do trabalho. Fato que, como sabemos, não é particular à enfermagem, nascido junto com a sua profissionalização, objetiva qualificar uma força de trabalho assalariada específica para atuar em condições específicas decorrentes das contradições sociais (2013, p. 39).

Mesmo com o objetivo de implementar, no país, um projeto de saúde pública semelhante ao que vigorava em países mais desenvolvidos como nos EUA, nesse caso, o governo brasileiro praticava uma clássica contradição, pois como se buscar a descentralização e a promoção de uma educação sanitária a ser realizada pelas enfermeiras visitadoras (RIZZOTTO, 1999, p 47), uma vez que as condições objetivas não favoreciam a implantação desses projetos, colocando-os em xeque, visto que:

Viver em situação precária e insalubre não decorre de uma escolha pessoal, mas é uma imposição da relação que se estabelece entre aqueles que detêm os meios de produção e aqueles que só têm a sua força de trabalho para vender. Nessa relação, como se sabe, as forças são desiguais; ao trabalhador não retorna o produto de seu trabalho e, muitas vezes, nem mesmo o indispensável para sua sobrevivência e de sua família. Isso resulta num empobrecimento progressivo que os empurra para os locais mais insalubres, onde ficam suscetíveis, pelas próprias condições de vida, as mais diferentes doenças orgânicas e do meio (RIZZOTTO 1999, p.19).

Tal situação empurrava a população para a desesperança e abandonados nas periferias sem perspectivas de mudança. Entretanto, o governo tinha bem claro o que pretendia introduzir no país, principalmente no que diz respeito à saúde, a começar pela assistência hospitalar.

Para Germano (*apud* SILVA; CAVALCANTI, 2013, p 66),

[...] se para muitos, a Fundação Rockefeller significou um enorme avanço para a saúde pública, sendo destinada à população em geral, eles preferem acreditar que chega ao país mais um representante dos interesses do capital da América do Sul com o objetivo de propiciar as condições sanitárias necessárias ao desenvolvimento capitalista.

Nesse cenário, que defendia o modelo hospitalocêntrico como referência de assistência à saúde, o trabalho das enfermeiras visitadoras mostrava-se ineficiente, sem recompensas visíveis (BARREIRA, 1999, *apud* RIZZOTTO, 1999) e o país ainda permanecia “doente”: “muitos brasileiros enfermos continuavam a morrer sem receber a ajuda médica necessária” (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 38), o que resultava em uma demanda crescente para os serviços hospitalares individualizados.

Ainda na década de 1930, a prática do exercício profissional de enfermagem teve sua regulamentação através do Decreto nº 20.109/1931 aprovado e assinado pelo presidente Getúlio Vargas (GERMANO, 1993; RIZZOTTO, 1999).

De acordo com Ribeiro (2009):

Com a aprovação desse Decreto, as discentes egressas da Escola Anna Nery passaram a ser solicitadas para organizar e gerenciar os serviços, bem como o ensino de enfermagem em vários estados do Brasil. Em 1937, a escola foi incorporada à Universidade do Brasil em forma de caráter complementar em relação à medicina, vindo a pertencer definitivamente à Universidade do Brasil no ano de 1946, através do Decreto nº 21.321 (p. 53).

Nas décadas seguintes, o setor privado, diante da “democratização” da saúde e expansão dos hospitais públicos passou a pressionar o Estado para não competir com a medicina privada estabelecendo acordos que trouxeram benefícios ao próprio setor que via na prevenção e promoção da saúde grande possibilidades de lucro.

Segundo Bertolle Filho:

O Estado, nesse momento, realizou empréstimos a juros baixos e doações à rede privada impulsionando seu crescimento, dada a modernização dos equipamentos e materiais médicos. A rede privada de saúde tornava-se aquela que venderia seus serviços à população, aos institutos de aposentadoria e pensões e ao próprio governo (2008, p. 48).

Mesmo existindo o reconhecimento de outras atividades como a qualificação de profissionais do setor para prestar serviços integrais de saúde à comunidade, na década de 1940/50, a maioria da força de trabalho, em torno de 80%, concentrava-se na área hospitalar. Isso é confirmado por um estudo do COFEn e ABEn, através da qual se identifica que, em 1956, 83,4% do pessoal de enfermagem trabalhava na área hospitalar, 15% na saúde pública e 1,6% no ensino (BRASIL, 2004).

A partir de 1942 foi reorganizada a Escola Profissional de Enfermeiros que passou a se chamar Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto, a qual tinha como objetivo preparar enfermeiros para os serviços sanitários e assistenciais. O Decreto-Lei n 10472/42 aprovou a regulamentação da escola que teria a duração de 18 meses e as aulas enfocavam o aprendizado nas técnicas de enfermagem (BRASIL, 1974). A partir de então foi estimulada a criação de cursos de auxiliares de enfermagem e a organização de programas de treinamento em serviço (OLIVEIRA, 1979, ABEN, 1985).

A referida lei estabeleceu também que “o curso de auxiliar tinha por objetivo o *adestramento* de pessoal capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa” (DANTAS; AGUILLAR, 1999, p. 27). Ainda discorria que:

O conteúdo a ser ministrado (introdução; noções de ética; corpo humano e seu funcionamento; higiene em relação à saúde; economia hospitalar, alimento e seu preparo e enfermagem fundamental) e dispunha sobre a obrigatoriedade dos alunos realizarem estágios em hospitais gerais, rodízios nas enfermarias de clínica médica, clínica cirúrgica, sala de operações e central de material, berçário e cozinha geral (*idem*).

Também a Lei 775/49 e o Decreto 27.426/49 deram amparo legal ao ensino de enfermagem em nível de 1º grau já existente desde 1941, determinando os requisitos para o funcionamento dos cursos de Auxiliar de Enfermagem. Tratava-se inicialmente de um curso isolado, de dezoito meses de duração, de cunho exclusivamente profissionalizante, tendo como exigência ao candidato a idade mínima de dezesseis anos e a conclusão do primário ou equivalente.

Segundo Mito,

Através desta Lei, “recria-se” o que Florence Nightingale estabeleceu nos primórdios da profissionalização da enfermagem quando estabelecia funções e atribuições diferentes para as duas categorias: às lady-nurses ou enfermeiras, destinadas as tarefas de supervisão, ensino e difusão do conhecimento; a as nurses ou auxiliares para quem era atribuído o contato direto com o paciente nas práticas de higiene e pequenos procedimentos (2004, p. 48).

Essa medida trouxe para a enfermagem a divisão de seu processo de trabalho e atendia às necessidades dos hospitais públicos e privados vindo também, na época, ao encontro da escolaridade da maioria das mulheres brasileiras.

A partir dessa lei, concretizou-se, ainda mais, para a área da enfermagem, a divisão social e técnica do trabalho. Segundo Ribeiro,

As enfermeiras passaram a executar o cuidado indireto aos pacientes através de ações administrativas, supervisão e educação, pois caberia às auxiliares executar a maioria das atividades na assistência no cuidado direto numa clara divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual (2009, p 126).

Com o objetivo de organizar o ensino quanto ao currículo teórico mínimo e a duração dos estágios para a formação da enfermeira e estabelecer normas para a formação do auxiliar de enfermagem, criou-se a Divisão de Enfermagem, posteriormente designada Divisão de Educação (CARVALHO, 1976). Que está sob a responsabilidade da ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem) que desde a sua fundação se preocupa com a educação em enfermagem e assim permaneceu ao longo de sua existência, o que pode ser comprovado nos seus diversos estatutos, congressos, documentos de comissões e principalmente no seu veículo de maior divulgação a Revista Brasileira de Enfermagem.

Quanto ao currículo de 1949, continuava pouco inovador no que diz respeito ao programa inicial, prevalece a ênfase no fazer, mais do que no pensar, na repetição de técnicas que tolham a criatividade das discentes e a centralização no estado da doença e não do doente (GARCIA; CHIANA; MOREIRA, 1995).

O trabalho de natureza intelectual sempre ficou sob a responsabilidade da classe médica. À enfermagem se destinava as técnicas, a repetição, a observação, entre outras ações mecânicas desprovidas de reflexão ou tomada de decisão.

A qualificação do trabalho não aparecia como uma necessidade mecânica e da técnica incorporadas na produção. O próprio avanço das ciências e suas aplicações à produção traziam as marcas das relações sociais em que são concebidas e aplicadas. Por aí caminhamos na análise crítica da divisão do trabalho, especialmente a divisão do trabalho manual e trabalho intelectual como produto das relações sociais, como estratégia do capital para seu controle e manutenção do seu poder de classe. Por aí tentamos entender o sentido de

classe da desqualificação do trabalho e da própria escola (SILVA, 1991, p. 174).

Considerando que as formas de organização do trabalho se modificaram consideravelmente com o advento do capitalismo, pode-se inferir que a enfermagem moderna em seu surgimento se apresentou com uma nítida divisão técnica de trabalho, pois as atividades manuais que até aquele instante eram realizadas por voluntárias e religiosas passaram a ser realizadas pelos discentes das escolas de enfermagem, que recebiam instruções de enfermeiras-chefes nas enfermarias onde se alojavam os doentes.

Também se revelaram comprometidas com a elaboração de práticas disciplinares e auxílio ao trabalho médico, aspectos que são observados em Nightingale ao se dirigir à capacitação de enfermagem, enquanto treinamento para execução e fidelidade às ordens médicas e de autoridades, o que pode ser observado no trecho a seguir descrito de Nutting e Dock, citado por Almeida e Rocha (1986), de uma carta enviada por Nightingale a um médico, membro do comitê de organização de uma das três primeiras escolas de treinamentos para enfermeiras nos Estados Unidos.

A carta diz o seguinte:

[...] Ao contrário, há enfermeiras, exclusivamente, para executar as ordens médicas e dos cirurgiões, incluindo, naturalmente, todas as práticas de limpeza, de ar fresco, dieta e outras. Toda organização de disciplina que as enfermeiras devem ser submetidas é com a exclusiva finalidade de capacitá-las a executar inteligentemente e fielmente, tais ordens e tais tarefas como é constituída toda prática de enfermagem (NIGHTINGALE, 1989, p. 52).

Tal colocação é ratificada por Kuenzer (1985), citando Marx e Engels, onde expressa que se separa no trabalho humano o que é inseparável: decisão e ação. E continua: “é a partir dessa decisão que a consciência passa a supor-se como superior e separada de consciência da prática existente, perdendo sua possibilidade de representar o real” (*idem*, p. 43).

Essa ruptura determina a heterogeneidade na consciência de classes dos trabalhadores parciais da enfermagem e permite, cada vez mais, ao capital expropriar o saber das trabalhadoras, inviabilizando a dimensão da totalidade na construção deste saber. Desqualificar o trabalhador é um dos grandes interesses do patronato, porque limita o seu poder de controle sobre o processo de trabalho e, conseqüentemente, o seu poder de participar e de barganhar melhorias no emprego (KUENZER 1985).

Tal desqualificação tão prejudicial ao trabalhador é mais uma estratégia para a manutenção de um sistema que explora e marginaliza quem há muito tempo sempre esteve à margem da sociedade. Alves observa que:

Os trabalhadores que têm maior domínio sobre o conhecimento, têm maior poder de interferir nas decisões das empresas de saúde. Assim como não cabe à escola gerar a divisão social do trabalho, não parece ser a partir dela sua superação. Entretanto a escola pode desnudar a divisão social do trabalho, mostrando a sua funcionalidade para o mercado de trabalho e a necessidade dos diversos segmentos se unirem para se fortalecerem na luta desigual travada entre empregadores e trabalhadores de enfermagem (2000, p. 79).

Após a publicação da Lei n. 775/49, entre 1949 e 1956 todas as escolas tiveram seu reconhecimento pelo Ministério da Educação, e não mais, a equiparação com a Escola Anna Nery, uma vez que a mesma se elevou à categoria de estabelecimento de ensino da Universidade do Brasil. As escolas puderam continuar recebendo candidatos apenas com o curso ginásial completo. Entretanto, o baixo nível de conhecimento das candidatas provocava elevados índices de reprovação devido à dificuldade de acompanhar os estudos. Sendo assim, o VII Congresso Nacional de enfermagem, em 1954, recomendou a seleção através de vestibular e o uso de psicotécnicos para avaliar as outras condições das ingressantes (CARVALHO, 1976).

Tal Lei trouxe também uma modificação curricular, que, segundo Alcântara (1966),

[...] não apresentou mudanças significativas, predominando a formação voltada à realização de técnicas para uma assistência/cuidado direto para atuação em hospitais e unidades de saúde pública, porém voltada à doença e não à saúde. Essa mesma Lei também determinou as condições para a preparação dos auxiliares de enfermagem, sendo instituída a categoria auxiliar de enfermagem, marcando formalmente a divisão técnica do trabalho em enfermagem também no Brasil (p. 127).

Somente em 1955, o auxiliar de enfermagem foi reconhecido oficialmente como integrante da equipe de enfermagem, com Lei nº 2.604/55, lembrando que majoritariamente, a parcela mais considerável de trabalhadores na enfermagem ainda era composta pelos atendentes de enfermagem¹² que representavam 70% do quadro de pessoal.

A rede hospitalar, na década de 1950, cresceu e com ela a necessidade de profissionais enfermeiros e técnicos. Pouca demanda para muita carência. Diante disso,

¹² Categoria de trabalhadores sem preparo formal de ensino que desenvolviam atividades empíricas ou com pouca qualificação na área de enfermagem (RIBEIRO, 1993, p. 15).

“o setor público passou a absorver profissionais de nível superior, enquanto o setor privado passou a absorver auxiliares de enfermagem como forma de reduzir gastos” (GIOVANINI *et al.*, 2002, p.72).

De modo geral, a década de 1950 foi marcada por movimentos das escolas de enfermagem e da Associação de classes com objetivo de realizar mudanças curriculares, de definir o Código de Ética Profissional, de reconhecer a força de trabalho na área e de regulamentar o exercício profissional (BAGNATO, 1994). Para isso, a criação e a regulamentação de cursos de auxiliares de enfermagem, para o preparo de grande número de pessoal para a assistência direta foi a solução encontrada na época, segundo a análise de Carvalho (1976) e Almeida e Rocha (1986).

Em nosso entendimento essa subdivisão da enfermagem é uma necessidade econômica, de mercado, sendo mais preciso: de barateamento da força de trabalho e consequente aumento de lucro, uma vez que:

[...] a lógica que se põe para a subdivisão do profissional da enfermagem no Brasil é a de barateamento da força de trabalho, onde, um profissional de nível escolar médio custa ao dono da empresa hospitalar e/ou ao Estado, uma parcela monetária consideravelmente menor que aquela paga a um trabalhador de nível de ensino superior. Com a força de trabalho barateada a tendência é que os custos diminuam e os lucros aumentem, sendo essa a própria lógica de reprodução do capital e estando totalmente de acordo com atuais necessidades vitais de tentativa de remediação da crise estrutural (CAVALCANTI, 2015, p. 51).

Para atender à urgência de mão de obra específica para esse setor da saúde foi promulgada a Lei n 2367/54, a qual dispunha sobre o ensino de enfermagem em cursos volantes. Tais cursos poderiam ser realizados em localidades onde não existissem escolas de enfermagem, mas que dispusessem de hospitais com possibilidades reais para a formação de auxiliares (DANTAS; AGUILLAR, 1999).

Em 1957, reuniu-se uma subcomissão de Diretoras de Escolas de Enfermagem e Obstetrícia para discutir a integração da formação de enfermeiras e obstetrizas. A obstetriz integrante da submissão não concordava com o ensino de obstetrícia nas escolas de enfermagem, constituindo um curso único.

Esperava-se, com essas medidas, maior fluxo de candidatas à profissão. Além do mais, os recursos das trinta e cinco escolas de enfermagem existentes podiam ser duplamente aproveitados (CARVALHO, 1976). O encontro resultou em dois relatórios distintos, prevalecendo aquele realizado pela ABEn, que previa três níveis de formação

para a enfermagem: superior, médio e elementar. O médio formaria o técnico de enfermagem, com acesso ao nível superior. O nível elementar continuaria formando o auxiliar de enfermagem.

Segundo Gisi (1998), até 1961, os cursos para enfermeiras eram de nível médio, mas a partir de então a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional¹³ definiu o currículo mínimo do curso superior de enfermagem, que culminou com sua passagem definitiva para o ensino superior com o Parecer nº 271/62, sendo criado o novo Currículo Mínimo de Enfermagem que reduziu a carga horária para vinte e quatro meses acadêmicos, além de retirar a disciplina Saúde Pública, ao mesmo tempo em que foram incluídos conteúdos de administração de serviços de enfermagem¹⁴.

Esta lei também classificou as escolas de auxiliar de enfermagem como de nível médio, exigindo o curso ginásial como pré-requisito para o ingresso, e criou condições para criação das novas escolas médias, entre elas, o curso técnico em enfermagem.

A criação do Curso de Técnico em Enfermagem, resultante da política de educação profissional foi permanentemente vista como subeducação, reservada às classes menos favorecidas, no caso do Brasil, aos negros, indígenas e pobres assumindo um caráter assistencialista que tem marcado todo o seu legado.

Com a criação do Conselho Nacional de Educação, em 1931, sistematizou-se através da reforma Francisco Campos, o ensino em dois ciclos, um fundamental e um complementar, posteriormente, ginásial e colegial (SANTOS, 2005).

A Constituição de 1937 enfatizava o ensino profissionalizante, porém, vinculava-o às classes subalternas. Tratava-se da primeira Constituição a referir-se às escolas

¹³ No que concerne ao ensino técnico, essa lei proporcionou um avanço significativo, pois incorporou ao sistema regular de ensino os cursos técnicos de nível médio e estabeleceu a equivalência entre os cursos propedêuticos e os profissionalizantes. Passou a coexistir dois ramos de ensino médio diferenciados, porém equivalentes: um propedêutico representado pelo científico e outro profissionalizante, com o curso normal (magistério), industrial, comercial e agrícola. Apesar disso, observou-se a mesma lógica de um sistema que legitimava o caráter celetista e classista da escola, pois a distribuição dos alunos continuava a se dar conforme a sua origem de classe, somente em torno de 30% dos alunos provenientes das camadas menos privilegiadas optavam pelos cursos profissionalizantes, pois a grande maioria das matrículas eram realizadas nos cursos propedêuticos por candidatos ao ensino superior, não atingindo a maioria das pessoas das camadas populares. KUENZER, (1997, p. 12)

¹⁴ Essa redução da carga horária do curso causou grande insatisfação na categoria, sendo objeto de discussão no III Congresso de Educação de Enfermagem realizada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 1967 e no Seminário Nacional sobre currículo dos cursos de graduação em Enfermagem realizado pela escola de Enfermagem da USP em 1969 (GISI, 1998, p. 62).

vocacionais e pré-vocacionais, como um dever do Estado com as classes menos favorecidas.

Em 1942, a determinação constitucional propiciou a criação de instituições como o SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial e, em 1946, foi criado o SENAC - Serviço de Aprendizagem Comercial (SANTOS, 2005).

Ainda na década de 1940, com a aprovação das Leis Orgânicas da Educação Nacional, instalou-se legalmente uma dicotomia no ensino médio. De um lado, vislumbrava-se com o ensino secundário e normal, como era chamada na época, que formavam as elites condutoras do país. Por outro lado, o ensino profissional visava formar aqueles que necessitavam ingressar precocemente no mercado de trabalho.

Foi diante da falta de profissionais para as funções de supervisão e cuidados principalmente a pacientes graves (que não eram atendidos satisfatoriamente, nem pelos auxiliares de enfermagem, por falta de preparo e nem pelos enfermeiros, pelo número reduzido desses profissionais), que a ABEn solicitou ao Conselho Federal de Educação, em 1965, a regulamentação do curso de Técnico em Enfermagem.

Para Santos (2005):

A criação dessa categoria profissional se dava em um ambiente de muita controvérsia e grande polêmica, especialmente entre os enfermeiros, visto que esse novo profissional se apresentava, inclusive, como uma ameaça ao seu espaço, pela indefinição de limites entre as funções. Há vários anos, a criação do técnico em Enfermagem já vinha sendo cogitada pela ABEn, sem, contudo, obter respaldo da maioria dos enfermeiros (p. 39).

No que se refere ao ensino profissional em seu artigo de nº 47, a LDB/61 direcionava-o para as áreas industrial, agrícola e comercial. Porém, possibilitava que outros cursos técnicos, não especificados em seu *caput*, fossem organizados e regulamentados pelos diferentes sistemas de ensino. Essa prerrogativa garantiu que, em 1966, através dos pareceres do Conselho de Educação, sob os números 171 e 224, fossem criados os primeiros cursos técnicos em enfermagem nas escolas Anna Nery e Luiza de Marillac (COSTA, 2003).

Dessa forma, a partir de 1960, quatro categorias profissionais passaram a integrar os serviços de enfermagem: enfermagem de nível superior (reconhecido em 1962), técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem e a de atendentes (PEREIRA E RAMOS, 2006).

De acordo com Pereira e Ramos (2006), a proposta de formar trabalhadores em nível técnico tinha, também, como objetivo, naquele momento, suprir a falta de médicos e profissionais de enfermagem de nível superior em determinadas regiões do país:

Preparar os trabalhadores de nível médio e elementar da saúde para suprir a falta de profissionais de nível superior, no nosso entendimento, é um projeto que não contribui, efetivamente, para a melhoria nas condições de assistência à população. É diferente de um projeto que valorize e qualifique os trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde para atuarem nas equipes de saúde mediante a premissa de que as tarefas que por eles serão executadas exigem um saber diferenciado do saber médico, quer na prevenção, quer na assistência realizada pelos serviços de saúde (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 34).

A institucionalização de uma nova categoria profissional, sem alterar o que já se praticava, corresponde à tendência crescente da fragmentação e aprofundamento da divisão técnica do trabalho em saúde, cuja empreitada encontra na educação um instrumental muito usado pelo sistema econômico para essa concretização (RIBEIRO, 2009).

A Escola Nightingale objetivava o preparo de pessoal para exercer os serviços usuais de enfermagem hospitalar e domiciliar (nurses)¹⁵ e o preparo de pessoas “mais qualificadas” para as atividades de supervisão, administração e ensino (ladies-nurses)¹⁶ (SILVA, 1996). A divisão da categoria profissional de enfermagem em diversos cargos data desta época e permanece até os dias atuais, delimitando espaços de decisão, valor do salário e valorização do trabalho.

Para Silva (1996),

A divisão técnica do trabalho de enfermagem reproduz a divisão social do trabalho, ou seja, a divisão de classes sociais, da segmentação entre aquele que é o proprietário dos meios de produção e daquele que só possui sua força de trabalho, daquele que pensa e ordena e daquele que obedece e executa (p. 76).

Ao passar por um processo de profissionalização, as atividades de enfermagem tornaram-se padronizadas, segmentadas, controladas e respondem a uma lógica capitalista de produção. Estas transformações também foram impulsionadas pela disciplina imposta em decorrência do surgimento da estrutura hospitalar moderna.

¹⁵ As nurses (hoje técnicas e auxiliares) eram destinadas para desenvolver as atividades de cuidado dos pacientes, o serviço “grosso” das enfermeiras, com baixo prestígio social.

¹⁶ As ladies-nurses (hoje enfermeiras com curso superior) eram destinadas para o desenvolvimento das tarefas “nobres”, valorizadas socialmente, de administração hospitalar, ensino e supervisão das nurses (SILVA, 1996).

Em 1970, o Parecer do Conselho Federal de Educação (CFE) autorizou o desenvolvimento de cursos intensivos com conteúdo exclusivamente profissionalizante para formar, em onze meses, o auxiliar de enfermagem, tendo como requisito o fato de os candidatos terem mais de 18 anos e terem concluído o ginásio. Neste sentido, por um lado,

Os currículos de enfermagem foram acentuando uma formação voltada para a área hospitalar nos três níveis (auxiliar, técnico e enfermeiro). O setor hospitalar (que teve na década de 70, seu desenvolvimento ligado principalmente ao setor privado) começou a demandar uma mão de obra diferenciada, o que justificou o aumento do número de escolas de auxiliar e de graduação em enfermagem e a criação do curso técnico. Era necessário ter pessoas habilitadas a prestar cuidados mais complexos, e operar aparelhagem mais sofisticadas. Entretanto, os profissionais da área não assistiram passivamente a essas mudanças no que diz respeito ao ensino. Embora não tiveram o poder de decisão legal, movimentaram-se, discutiram, encaminharam pedidos de mudanças e registros à política oficial (BAGNATO, 1994, p. 72).

Por outro lado, o Parecer 163/72 apresentava uma sintonia com as mudanças e os avanços da área dando, deste modo, uma resposta aos interesses do mercado de especializações estabelecido pela política privatizante da saúde.

Como consequência, verificou-se um ensino centrado na área hospitalar, nas questões técnicas, diluindo os aspectos sociais das questões de saúde, das forças de organização e do exercício da enfermagem (BARROS, 1985).

A Lei 5692/71 estipulou que a habilitação profissional deveria ser efetuada em nível de 2º grau. Com isso a formação do auxiliar de enfermagem se daria no 2º grau, uma vez que predominara em seu currículo, disciplinas profissionalizantes. Mas tal parecer não aconteceu, pois o próprio Conselho Federal de Educação não assumiu, na época, a responsabilidade de situar este curso no nível de 2º grau, nem estipulou prazo para que isso se realizasse. Com estas indefinições, os cursos de auxiliar de enfermagem continuaram a ser ministrados tanto em 1º como em 2º graus (BAGNATO, 1994).

A partir daí o Estado reservou-se o direito, apenas, de realizar os exames finais e conceder o diploma. As empresas privadas exploravam as aspirações dos grupos sociais menos favorecidos, tendo sido os cursos supletivos os responsáveis pela formação do maior número de auxiliares de enfermagem.

De acordo com Santos:

Somente com a lei n 5692 de 1971, que fixou as Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus e a proposta de obrigatoriedade de profissionalização, o curso Técnico de Enfermagem passou a integrar o Sistema Educacional Brasileiro, em nível de 2º grau. Entretanto, esse profissional, apesar de integrar o sistema educacional brasileiro, somente foi reconhecido como tal em 1986, com a lei n 7498/86, regulamentada pelo decreto n 94406/87, que dispõem sobre o exercício da enfermagem (2005, p.40).

Bueno *et al* colocam que:

A Lei 5.692/71, fixou as Diretrizes e Bases do Ensino de 1º e 2º graus e instituiu a profissionalização universal e compulsória em nível de 2º grau, o que provocou efeitos desastrosos na medida em que a introdução generalizada do ensino profissional se fez sem a preocupação de se preservar a carga horária destinada a formação de base (1999, p. 56).

Aqueles que vinham seguindo o processo de formação básica tinham que cursar também o ensino profissionalizante mesmo tendo a carga horária da formação básica prejudicada pela nova regulamentação.

Essa medida surgiu como uma forma de solucionar a pressão da demanda para o ensino do 3º grau, acreditando-se que, uma vez da posse da habilitação, o técnico seria absorvido pelo mercado de trabalho. Assumindo a dupla função de formar mão-de-obra e reduzir a pressão da classe média para o ensino universitário. A profissionalização não alcançou tais objetivos, pois a parcela de jovens que tinha acesso ao 2º grau continuou a mesma, podendo ser considerada de elite, não se interessando por profissões manuais e técnicas.

A falta de uma estrutura adequada para proporcionar ao aluno uma formação que atendesse às necessidades do mercado, assim como a inexistência de levantamentos periódicos sobre as mesmas, que norteasse o desenvolvimento dos cursos técnicos, evidencia o distanciamento entre a legislação e a realidade nacional.

Em face das contradições, das críticas e dificuldades ocasionadas pela imposição da profissionalização, a Lei 5.692/71 foi alterada e substituída pela Lei 7.044/82, que tornou facultativa a profissionalização no ensino de 2º grau.

A Lei 7498/86 reconhece as categorias de enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira e determina a extinção do pessoal sem formação específica regulada em lei. “Apesar disso, não ocorreram grandes mudanças na política, permanecendo a enfermagem e, principalmente, os enfermeiros insatisfeitos e confusos com relação ao papel que desempenham na sociedade, ao seu status social e autonomia profissional (GEOVANINI *et al.*, 2002, p.41).

Segundo Santos (*apud* PADOVANI, 2007), de 1966 a 1973, os Cursos Técnicos em Enfermagem cresceram em média 66%, e nos cursos de Auxiliar de Enfermagem houve um aumento em torno de 150%. No final da década de 1990, os técnicos e auxiliares de enfermagem representavam cerca de 60% da força de trabalho em saúde no país, demonstrando que, em 10 anos, houve um acréscimo de 26% nessas categorias profissionais.

Apesar do grande número de técnicos em enfermagem no país, estes profissionais têm dificuldades de encontrar espaço próprio no mercado de trabalho. Muitos deles trabalham como auxiliar de enfermagem, recebendo salários inadequados para sua classe e desempenhando funções abaixo de sua classificação (SANTOS, 2005).

Santos (2005, p. 41) destaca que, na tentativa de reverter essa situação, “[...] ou no mínimo amenizá-la, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução n 42/93, recomendara ao Ministério da Saúde incorporar o técnico em enfermagem no rol das atividades relacionadas ao Plano de Carreira, Cargos e Salários Público Federal”

A Lei Federal n. 9394, promulgada em 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) determina que:

[...] a preparação para profissões técnicas, de acordo com o § 2º, do artigo 36 da LDB, poderá ocorrer, no nível de ensino médio, após atendida a formação geral do educando, onde o mesmo se aprimora como pessoa humana, desenvolve autonomia intelectual e pensamento crítico, bem como compreende os fundamentos científicos e tecnológicos dos processos produtivos, dando nova dimensão à educação profissional, como direito do cidadão ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida social e produtiva (BRASIL, 1999, p.11).

Esta Lei normatizou a educação profissional, desvinculando-a da formação geral acadêmica. A preparação para o exercício de profissões técnicas poderia ocorrer no nível de ensino médio depois de atendida a formação geral do educando.

O Projeto de Lei que resulta na LDB n.º 9.394, de 1996, se diferencia da primeira proposta apresentada, tanto em termos do processo de elaboração quanto ao conteúdo, com a União assumindo o papel de complementação dos recursos para o ensino fundamental, quando os Estados e os Municípios não derem conta comprovadamente destes gastos; também cabe ao Estado oferecer com prioridade, o ensino médio (BAGNATO *et al.*, 2007, p. 280).

A formação técnico-profissional aparece no capítulo VII da referida lei, através de dois artigos e três parágrafos, com a seguinte redação:

“Art.39 - A educação profissional, integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, conduz ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva. Parágrafo único - O aluno matriculado ou egresso do ensino fundamental, médio e superior, bem como o trabalhador em geral, jovem ou adulto, contará com a possibilidade de acesso à formação profissional. Art. 40 - A educação profissional será desenvolvida em articulação com o ensino regular ou por diferentes estratégias de educação continuada, em instituições especializadas ou no ambiente de trabalho. Art. 41 - O conhecimento adquirido na educação profissional, inclusive no trabalho, poderá ser objeto de avaliação, reconhecimento e certificação para prosseguimento ou conclusão de estudos. Parágrafo único - Os diplomas de cursos de educação profissional de nível médio, quando registrados, terão validade nacional. Art. 42 - As escolas técnicas e profissionais, além de seus cursos regulares, oferecerão cursos especiais, abertos à comunidade, condicionada a matrícula à capacidade de aproveitamento e não necessariamente ao nível de escolaridade”(BRASIL, 1986).

Podemos verificar que esse capítulo não explicita instâncias, competências e responsabilidades em relação à educação profissional; de quem seriam? Da União? Dos Estados? Dos Municípios? Das empresas?

O que se sabe é que o MEC através do SEMTEC – Secretaria de Educação Média e Tecnológica – propôs-se a assumir o processo de redefinição do ensino médio, separando formação acadêmica da profissional do ponto de vista conceitual e operacional, utilizando um modelo flexível para os currículos possibilitando uma maior adaptação dos mesmos ao mercado de trabalho, tendo como preocupação também a diminuição dos seus custos.

Desta forma, segundo Kuenzer (1897)

O PL n.º 1.603/96, através da maneira com que foi se configurando, acabou atendendo a uma política neoliberal presente no país, articulada ao movimento de globalização da economia, que traz exigências de racionalização do uso de recursos e diminuição da presença do Estado nas políticas sociais, pretendendo também atender o aumento da flexibilidade, qualidade e produtividade no sistema produtivo (p. 42).

Esse projeto, ao tramitar no Congresso sofreu uma disputa entre diferentes interesses de educadores ligados ao ensino técnico que buscavam uma concepção técnica unitária, tecnológica e de caráter público e os interesses do governo.

Com a aprovação da LDB, esse projeto foi retirado pelo executivo que o transformou no Decreto n. 2208/97. Bagnato *et al* afirmam que esse decreto:

(...) impõe uma reforma que contempla os interesses presentes, desde o início, com um teor conservador, pronunciando o dualismo (criando um sistema profissional fora do sistema regular de ensino, o que não aparecia na LDB, parecendo portanto para muitos educadores de inconstitucionalidade), o tecnicismo, e a fragmentação do conhecimento, trazendo a organização da

formação profissional em três níveis: básico, técnico e tecnológico (2007, p. 282).

No caso do nível técnico, pronuncia-se claramente o caráter ideológico dessas mudanças em distinção da dualidade estrutural de uma formação voltada exclusivamente para as necessidades do mercado, para a produtividade, inclusive desvinculada de uma política democrática e pública de desenvolvimento e geração de empregos, num momento em que boa parte dos trabalhadores estão excluídos dos seus direitos.

Para Frigotto (1998):

É possível ver nessa proposta uma orientação pedagógica da competitividade, centrada nos conceitos de competências e habilidades, e que tem como interlocutor intelectual prioritário o Banco Mundial, que persegue como diretriz geral a adaptação e conformação do trabalhador no plano físico, psíquico, intelectual e emocional às novas bases materiais, tecnológicas e organizacionais da produção (p. 219).

Essas reformulações atendem principalmente a interesses que deixam de lado questões imprescindíveis de se refletir na formação profissional. Tais questões devem ser formuladas situando-as no momento atual em que o Brasil passa por uma grave crise de emprego, portanto num mercado instável. Se por um lado exige-se atualização e novas qualificações dos trabalhadores para dar conta de novos conhecimentos e novas tecnologias, por outro lado, também, o modelo econômico implementado traz outras formas de organização dos setores, excluindo muitos postos de trabalho, gerando conflitos sociais e pronunciando a pobreza.

As disposições da Lei n 9394/96 foram regulamentadas pelo Decreto n 2208/97 no que se refere ao ensino médio e profissionalizante. Este decreto, por meio do Art. 7º, descrever que:

[...] para elaboração das diretrizes curriculares para o ensino técnico deverão ser realizados estudos de identificação do perfil de competências necessárias à atividade requerida, ouvidos os setores interessados, inclusive trabalhadores e empregadores (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 85).

Uma inovação trazida pelo referido Decreto consiste na adoção de módulos na educação profissional de nível técnico. “A modulação dos cursos deverá proporcionar maior flexibilidade às instituições de educação profissional e contribuir para a ampliação e agilidade do atendimento das necessidades dos trabalhadores, das empresas e da sociedade” (BRASIL, 1999, p. 13).

O Parecer da CEB n. 04/99 aponta que o discente poderá concluir o curso de qualificação profissional de forma independente ou como módulo de curso técnico, fazendo jus apenas aos respectivos certificados de qualificação profissional para fins de exercício profissional e continuidade de estudos. E destaca, ainda, que:

[...] os certificados desses cursos deverão explicitar, em histórico escolar, quais competências profissionais objetivo de qualificação que estão sendo certificadas, explicitando também o título da ocupação. No caso das profissões legalmente regulamentadas será necessário explicitar o título da ocupação prevista em lei, bem como garantir a aquisição das competências requeridas pelo exercício legal da referida ocupação. A área é a referência curricular básica para se organizar e se orientar a oferta de cursos de educação profissional em nível técnico. Os certificados e diplomas, entretanto, deverão explicitar títulos ocupacionais pelo mercado de trabalho, tanto na habilitação e na qualificação profissional, quanto na especialização. Por exemplo, na área da saúde: Diploma de Técnico de Enfermagem, Certificado de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, Certificado de Especialização Profissional em Enfermagem do Trabalho (BRASIL, 1999, p. 42).

No final da década de 1990, ainda atuavam no mercado de trabalho, profissionais sem qualificação técnica específica, ou seja, atendente de enfermagem que perfaziam 35% dos trabalhadores em enfermagem (SANTOS, 2005). Em 1999, foi criado o Projeto de Qualificação dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)¹⁷ com o objetivo de qualificar trabalhadores que exerciam a profissão de forma irregular, na tentativa de diminuir o risco à população atendida e melhorar a qualidade da atenção hospitalar e ambulatorial, sobretudo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (PADOVANI, 2007; SANTOS, 2005).

Mas, o que se verifica na verdade, nas palavras de Frigotto é que:

A escola enquanto instituição que se insere no interior de uma formação social, onde as relações sociais de produção capitalista são dominantes, tende a ser utilizadas como uma instância medidora nos diferentes níveis dos interesses do capital [...]. Numa sociedade organicamente montada sobre a discriminação e o privilégio de poucos não há interesse por uma educação nivelada – em qualidade e quantidade – o acesso efetivo do saber. A desqualificação da escola, por diferentes mecanismos aqui apenas referidos, constitui-se, ao lado dos mecanismos inseridos no próprio processo produtivo, forma sutil e eficaz de negar o acesso aos níveis mais elevados de saber à classe trabalhadora. Esta negação, por sua vez, constitui-se numa das formas de mantê-la marginalizada das decisões que balizam o destino de sociedade (1998, p. 179).

¹⁷ O PROFAE foi oficialmente instituído em 15 de outubro de 1999, pela portaria n 1262 do MS (Ministério da Saúde). Institucionalmente, a formulação e a implementação do PROFAE resultaram de articulações do MS com o MEC (Ministério da Educação) e com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Internacionalmente, o MS articulou-se com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), para viabilização de cooperação financeira, e com a Organização da Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), para o estabelecimento de cooperação técnica (CÊA *et al.*, 2007).

Lançado por meio do Parecer CEB n 10/2000, o PROFAE, segundo Bagnato *et al.* (2007) foi considerado um projeto emergencial, pois não enquadrava o curso de auxiliar de enfermagem como intermediário para habilitação do título de técnico em enfermagem conforme o decreto n 2208/97, mas sim como uma modalidade de educação não formal e não sujeita à regulamentação curricular devido à sua qualificação profissional de nível básico.

Para Cêa *et al.* (2007), o PROFAE tanto se traveste como se camufla – no método da essência versus aparência - sob sua aparência de projeto de formação profissional em saúde desenvolvendo-se como processos de gerenciamento da política social e privatizadora da saúde e do fundo público. Considerando as entidades operadoras e executoras não é por acaso que 68% delas pertencem ao setor privado (UNICAMP, 2004).

Silva e Biasoto Jr. acrescentam que:

O projeto desenvolve-se por meio de um processo que combina controle centralizado e execução descentralizada, no qual a capacidade de gestão do sistema de saúde vem confirmando a tendência de que ao governo federal sejam reservadas apenas as funções de normatização, prestação de assistência técnica, captação e repasse de recursos. O processo licitatório serve, então, de instrumento para a concorrência administrada, estimulando e fortalecendo os espaços de quase mercado. Tais elementos permitem identificar um funcionamento tipicamente gerencial do PROFAE, condizente com a perspectiva de política social impressa pela reforma do Estado brasileiro (2002, p. 103).

Assim, para reafirmar a necessidade de conclusão do curso técnico em enfermagem, o COFEN, em 2003, instituiu a resolução n. 276 que concedeu aos auxiliares de enfermagem ingressantes na categoria somente a inscrição provisória, estipulando um prazo de cinco anos para que estes profissionais se habilitem como técnico em enfermagem ou prossigam seus estudos cursando a graduação (BAGNATO *et al.*, 2007).

Em 2004, o Decreto n 2208/97 foi revogado e substituído pelo Decreto n. 5154 de 23 de julho. No entanto, segundo Bagnato *et al* (2007), este novo Decreto não introduziu mudanças significativas na estrutura do ensino profissionalizante, prevendo apenas a inclusão de outras possibilidades do desenvolvimento da educação profissional, as quais podem ocorrer integradas ao ensino médio além das formas concomitantes e preferencial previstas no Decreto anterior.

Ainda no ano 2004, o Ministério da Saúde - MS instituiu a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do SUS - a RET-SUS. A Coordenação Geral da Rede é feita pela Coordenação de Ações Técnicas do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do MS (DEGES/SGTES/MS) (BRASIL, 2009b).

A RET-SUS foi criada visando o alcance dos seguintes objetivos:

- compartilhar informações e conhecimentos;
- buscar soluções para problemas de interesse comum;
- difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de educação profissional em saúde, prioritariamente para os trabalhadores do SUS e
- promover a articulação das instituições de educação profissional em saúde no país (BRASIL, 2009b).

Atualmente, a rede é composta por 40 instituições distribuídas em todos os estados da federação da seguinte forma: sete na região Norte, doze na Nordeste, quatro na Centro-Oeste, treze na Sudeste e quatro na Sul.

O financiamento das ações da RET-SUS é feita pelo MS e pelo Estado ou Município ao qual a ETSUS¹⁸ - Escola Técnica de Saúde do SUS - está vinculada, conforme menciona a Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009a, p. 2):

Art. 4º O Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do DEGES/SGTES/MS, bem como os Estados e os Municípios que possuem ETSUS na sua estrutura organizacional, apoiarão a RETSUS com recursos técnicos e financeiros necessários para a efetiva execução do Plano de Trabalho Anual.

Como as ETSUS estão subordinadas diretamente às políticas de saúde, com a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em 2003, a Educação

¹⁸ Já na década de 1960, existiam os CEFOR em alguns poucos estados. No entanto, dada a dimensão nacional do Projeto Larga Escala, essas instituições, juntamente com as ETSUS, espalharam-se pelo País, em virtude do extenso número de trabalhadores que o Projeto pretendia alcançar. Deste modo, a maioria delas foi criada a partir da década de 1980. Até o ano 2000, 26 ETSUS haviam sido organizadas. Após o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), foram criadas mais onze unidades. No final de 2014, mais quatro ETSUS integraram a RET-SUS, totalizando 40 instituições até o início de 2015.

Permanente em Saúde (EPS) passou a ser proposta como a política de qualificação dos profissionais do sistema público de saúde brasileiro (BRASIL, 2007c).

Para operacionalizar este processo de mudança, o MS criou em sua estrutura a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e passou a assumir o seu papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil (BRASIL, 2006a).

A SGTES é composta por dois Departamentos, sendo um deles o da Gestão da Educação na Saúde (DEGES) responsável pelas políticas relativas à formação e de educação permanente de trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade, incluindo a formação técnica de nível médio (BRASIL, 2003).

Esta política estabeleceu que as atividades de formação em saúde deveriam ser orientadas pelos princípios que embasaram a criação do SUS (construção descentralizada do sistema, universalidade, integralidade e participação popular). (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2005a).

Em 2006, a PNEPS (Programa Nacional de educação Permanente em Saúde) passou por revisões e foi adequada às diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), culminando na Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007c). Porém, observa-se que o conceito e os princípios da educação permanente em saúde foram mantidos, sendo reafirmados como norteadores para as ações educativas na saúde.

A PNEPS, agora revisada, orienta no art. 13 que “A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações constantes desta portaria” (BRASIL, 2007c). Isso porque essa formação deve ser orientada pelo e para o SUS.

No seu anexo III, são apresentadas as Diretrizes e Orientação para a Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico no Âmbito do SUS e é reforçado que a formação desse pessoal (BRASIL, 2007c).

Atualmente, as DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais) para a educação profissional técnica estão estabelecidas pela Resolução CNE/CEB nº 6, de 20 de setembro de 2012 (BRASIL, 2012d).

A Lei nº 11.741, de 16 de julho de 2008, estabelece que a educação profissional abrange os cursos de formação inicial e continuada ou qualificação profissional e de educação profissional técnica de nível médio. A educação profissional

técnica de nível médio pode ser desenvolvida de forma articulada com o ensino médio ou subsequente. Os diplomas dos cursos técnicos têm validade nacional quando registrados e habilitam ao prosseguimento de estudos na educação superior (BRASIL, 2006a).

Atualmente, as áreas técnicas prioritárias estabelecidas pelo MS para a educação profissional técnica de nível médio na saúde são: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem (BRASIL, 2009b).

De forma geral, os cursos técnicos em saúde possuem carga horária mínima de 1.200h (BRASIL, 2012b), sendo acrescidas a este mínimo a carga horária de estágio supervisionado quando previsto em plano de curso (BRASIL, 2012c).

4. FORMAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: REALIDADES E POSSIBILIDADES

Este capítulo tem o objetivo de descrever o processo de coleta de dados, bem como apresentar e analisar os dados, tomando como referência a teoria apropriada durante a elaboração desta dissertação. Portanto, iremos refletir acerca da realidade da formação do técnico em enfermagem e suas possibilidades tendo como campo empírico uma instituição de ensino técnico de Aracaju – SE. Segundo Faria:

Ao analisar uma realidade a partir de conhecimentos científicos já existentes, a finalidade imediata de uma pesquisa acadêmica na área das ciências humanas e sociais, especialmente adotando como referência a teoria crítica, não é transformar a realidade estudada, mas sim reelaborar tais conhecimentos de forma a agregar neles elementos que possibilitem avanços na teoria científica, os quais por caminhos diversos lapidarão transformações na realidade - assim como as próprias teorias serão novamente reelaboradas dialeticamente a partir desta - num momento que não propriamente o da pesquisa (2003, p. 91).

Para efetivarmos os objetivos da pesquisa definimos que o campo de coleta de dados deveria ser uma instituição de formação de técnicos em enfermagem referência no Estado de Sergipe. A instituição definida é referência porque mantém convênios com a Fundação Hospitalar de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Hospital São Lucas, Hospital da Polícia Militar, Maternidade Santa Isabel, Asilo Rio Branco, Secretaria Municipal de São Cristóvão e Centros de Apoio Psicossociais – CAPS os quais funcionam como campo de estágio curricular para os futuros técnicos em enfermagem, portanto tem uma grande abrangência no Estado. Também é referência pelo número de profissionais formados na instituição.

O início da coleta de dados se deu em 30 de julho de 2014. Fomos recepcionados pela coordenadora do curso técnico em enfermagem. Na oportunidade, apresentamos a nossa intenção de pesquisa e entregamos-lhe a carta de apresentação e solicitação de

autorização da pesquisa (Anexo 04). A coordenadora se mostrou disponível a apresentar nossa solicitação ao diretor da instituição e posteriormente entrar em contato assim que obtiver a resposta.

No dia 07 de agosto de 2014, retornamos à instituição para um encontro com o diretor e apresentar-lhe os objetivos da pesquisa, como também a relevância da mesma dentro do contexto da formação dos técnicos em enfermagem. Nossa pesquisa foi autorizada pelo diretor que nos forneceu uma carta de autorização e boas vindas (Anexo 05).

Utilizamos como instrumentos a análise documental, a observação e o questionário. A análise documental foi utilizada para analisar o documento do projeto político-pedagógico do curso, a observação foi utilizada para levantar os dados sobre a estrutura física da instituição e o questionário para coletar dados com a coordenação, docentes e discentes. Neste sentido, como opção da metodologia, a pesquisa privilegia os aspectos qualitativos para análise dos dados.

Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Segundo Minayo,

O método qualitativo é o que aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (2014, p. 56).

Como estamos analisando colocações de grupos e segmentos delimitados e focalizados e suas histórias sociais, como também análise de documentos, tal metodologia é a que melhor se conforma neste tipo de investigação.

Quanto ao tratamento dos dados, esse será feito a partir da *Análise de Conteúdos* que, de segundo Minayo (2014) “ diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.”(p. 302)

A análise de conteúdo foi utilizada no tratamento de dados colhidos através dos questionários aplicados a docentes e discentes, na observação feita na instituição, como também junto aos documentos coletados.

Após a coleta do material, foi feita uma leitura de primeiro plano dos questionários e documentos para se atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Tal prática leva a articular a superfície dos enunciados com os fatores que determinam suas características psicossociais, contexto cultural e o processo de produção da mensagem.

A população da pesquisa é composta de um (1) coordenador, dezesseis (16) docentes e quatrocentos e três (403) discentes. Desta população constituiu a amostra um (1) coordenador, oito (08) docentes e cinquenta e três (53) discentes. Consideramos a amostra representativa para identificar nexos e determinações do que é geral no processo de formação do técnico em enfermagem na instituição, que é o particular.

Para definirmos as variáveis de análise, que se configuraram nas categorias de conteúdo do presente estudo (projeto político-pedagógico, o corpo docente, discente e infraestrutura) tomamos como referência os indicadores de avaliação denominado Análise Situacional. Estes indicadores foram estruturados de forma a contemplar aqueles estabelecidos pelas diversas Comissões de Especialistas do Ministério de Educação, que avaliam as condições de oferta dos cursos de formação.

A análise situacional, ou a crítica à realidade, segundo LACKS (2004), foi o ponto de partida para o processo de análise e contribuições ao curso de formação do técnico em enfermagem. Ao organizar o processo em dimensões, pretendeu-se um ordenamento dos indicadores institucionais que permitissem a observação da instituição como um todo, tendo como perspectiva o aprimoramento da autocrítica de seus agentes na identificação e solução de problemas, superação e contradições.

4.1 O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO: UMA AÇÃO COLETIVA

A construção do projeto político pedagógico pressupõe o planejamento e a ação. Nas palavras de Gadotti:

Todo projeto supõe uma ruptura com o presente e promessas para o futuro. Projetar significa tentar quebrar um estado confortável para arriscar-se, atravessar um período de instabilidade e buscar uma nova estabilidade em função da promessa que cada projeto contém de estado melhor que o presente. Um estado educativo pode ser tomado como promessa frente a determinadas rupturas. As promessas tornam presentes os campos de ação possível, comprometendo seus autores e atores. (1994, p. 579)

Nessa perspectiva, o projeto político-pedagógico (PPP) vai além de um simples agrupamento de planos de ensino e de atividades diversas. Para Veiga:

O projeto não é algo que é construído e em seguida arquivado ou encaminhado às autoridades educacionais como prova do cumprimento de tarefas burocráticas. Ele é construído e vivenciado em todos os momentos, por todos os envolvidos com o processo educativo da escola. O projeto busca um rumo, uma direção. É uma ação intencional, com um sentido explícito, com um compromisso definido coletivamente (1991, p. 72).

Isso significa que toda comunidade envolvida no processo educacional é corresponsável pela formação dos educandos, logo, é também responsável pela elaboração do projeto pedagógico, visto que quando o caminho é definido pelo coletivo a responsabilidade é compartilhada.

Segundo Veiga (1998):

O projeto pedagógico da escola exige profunda reflexão sobre as finalidades da escola, assim como a explicitação de seu papel social e a clara definição de caminhos, formas operacionais e ações a serem empreendidas por todos os envolvidos com o processo educativo. Seu processo de construção aglutinará crenças, convicções, conhecimentos da comunidade escolar, do contexto social e científico, construindo-se em compromisso político pedagógico coletivo (p. 9).

Por estar intimamente articulado ao compromisso sociopolítico com os interesses reais e coletivos majoritários, o PPP apresenta a dimensão política e a dimensão pedagógica.

É político no sentido de compromisso com a formação do cidadão para um tipo de sociedade. "A dimensão política se cumpre na medida em que ela se realiza enquanto prática especificamente pedagógica" (Saviani 1982, p. 93).

Na dimensão pedagógica reside a possibilidade da efetivação da intencionalidade da escola, que é a formação do cidadão participativo, responsável, compromissado, crítico e criativo. Pedagógico, no sentido de definir as ações educativas e as características necessárias às escolas de cumprirem seus propósitos e sua intencionalidade. Para Marques (1990):

Político e pedagógico têm assim uma significação indissociável. Neste sentido é que se deve considerar o projeto político-pedagógico como um processo permanente de reflexão e discussão dos problemas da escola, na busca de

alternativas viáveis à efetivação de sua intencionalidade, que não é descritiva ou constativa, mas é constitutiva (1990, p. 23).

Tal postura irá propiciar uma vivência democrática necessária para a participação de todos os membros da comunidade escolar e o exercício da cidadania. Será uma relação recíproca entre a dimensão política e a dimensão pedagógica da escola.

Do exposto, o projeto político-pedagógico não visa simplesmente a um rearranjo formal do curso de formação, mas a uma qualidade em todo o processo vivido. Vale acrescentar, ainda, que a organização do trabalho pedagógico tem a ver com a organização da sociedade. Portanto esse curso de formação inserido na sociedade capitalista reflete no seu interior as determinações e contradições dessa mesma sociedade.

O Projeto Político Pedagógico do curso em estudo está orientado por três eixos que fundamentam a formação:

O primeiro de natureza normativa, que se refere à nova institucionalização da Educação Profissional garantida pela Lei 9394/96 – Diretrizes e Bases da Educação Nacional – e a sua regularização, através do Decreto Federal n. 5154/04. E desse fato, decorrem as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, instituídas pela Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação, através das Resoluções CNE/CEB n. 04/2012, Parecer CNE/CEB n 03/2012, Resolução CNE/CEB n. 06/2012, Parecer CNE/CEB n. 11/2012, Resolução n. 396/2007/CEE e a Resolução n. 02/2014/CEE.

O segundo, de natureza conjuntural, diz respeito à ênfase na identidade dos cursos oferecidos frente ao mercado de trabalho e ao compromisso da instituição com a qualificação do trabalhador buscando formar profissionais que reúnam em seu perfil, além dos conhecimentos de natureza técnica, competências e valores relacionados à dimensão humana, essenciais à vida e a atuação consciente e participativa na sociedade (PPP da instituição/2014).

O terceiro eixo, de natureza institucional, relaciona-se ao compromisso e ao empenho em atingir o que está escrito em sua Missão – “Preparar o ser humano para torná-lo um profissional técnico ou especializá-lo para as necessidades da comunidade, tornando-o referência no mercado de trabalho para o crescimento e desenvolvimento do centro formador.”

No tocante à Matriz Curricular do curso, essa é dividida em quatro Módulos, a saber: O Módulo I é composto por aulas teóricas e práticas que são ministradas na sala de

aula, como também nos laboratórios da instituição. Esse módulo apresenta disciplinas voltadas para Assistência à saúde coletiva; Assistência a pacientes em estado clínico, Organização do processo de trabalho em saúde e Princípios da metodologia científica fechando uma carga horária de 290h/a teóricas e 70h/a práticas num total de 360h/a.

No Módulo II, além das aulas teóricas e práticas, há também a introdução dos estágios nas unidades de Saúde Mental e Saúde Coletiva. Trabalham-se disciplinas voltadas para Organização de processos de Trabalho em Enfermagem; Assistência ao tratamento Clínico e Cirúrgico e Assistência em Saúde Coletiva perfazendo um total de 610h/a distribuídas em 280h/a de teoria, 80h/a de prática e 250h/a de estágio supervisionado.

É no Módulo III que ocorre a qualificação do discente em Auxiliar de enfermagem. Os blocos temáticos trabalham disciplinas voltadas à Assistência a pacientes em estado grave, como também Assistência à criança e à mulher. Aqui, o discente conclui o módulo com 430h/a sendo 200h/a teóricas, 60h/a práticas e 170h/a de estágio supervisionado. Com 1400h/a, o discente recebe o certificado de Auxiliar de enfermagem.

No módulo IV, os blocos temáticos versam sobre Assistência a pacientes clínicos II; Organização do processo de trabalho em enfermagem II e Assistência a clientes em tratamento cirúrgico II. São 400h/a subdivididas em 190h/a de conteúdo teórico, 30h/a de atividades práticas e 180h/a de estágio supervisionado.

Portanto, com um total de 1800h/a, sendo, 960h/a de teoria, 240h/a de prática e 600h/a de estágio supervisionado, os discentes recebem o certificado de técnico em enfermagem.

Assim, os princípios norteadores para composição de currículo são: Vinculação com o mundo do trabalho e a prática social; Flexibilidade em compor itinerários de profissionalização e adaptar-se às novas condições; Aprender a pensar, a aprender e a continuar aprendendo; Compreender os fundamentos científicos e tecnológicos dos processos produtivos; Relacionar teoria e prática em todo o processo educativo; Adoção de metodologias de ensino diversificada: Aproveitamento de competências adquiridas; Avaliação diagnóstica e formativa da aprendizagem; Passar das disciplinas à interdisciplinaridade no desenvolvimento do saber (conhecimento, habilidades e atitudes).

O PPP da instituição faz referência às Tendências do mundo do trabalho como um sistema produtivo que exige não tanto o trabalho braçal na perspectiva taylorista/fordista, mas o conhecimento substituindo a energia e outros meios econômicos tradicionais, ou

seja, o investimento em “capital humano” passou a constituir-se na chave de ouro para resolver enigma do subdesenvolvimento e das desigualdades internacionais, regionais e individuais. Mostrando ainda a globalização como uma ruptura das fronteiras dos mercados internacionais pela ferrenha competição na venda de mercadorias que condensam trabalho social explorado, sob a égide da força desigual e da hegemonia do capital financeiro que circula pelas égides de informação em busca de vantagens nas taxas de lucro, aumentando a intensidade do capital morto e a consequente diminuição do capital vivo, força de trabalho. Com estas armas o capital vem desmobilizando a organização e o poder sindical que se vê forçado a negociar direitos conquistados por uma garantia mínima de emprego.

Nesse contexto, ainda é colocado que o perfil do trabalhador é aquele que tenha desenvolvido habilidades e competências para tomar iniciativas, assumir responsabilidades, ter capacidades de utilizar instrumentos e equipamentos sofisticados além de estarem familiarizados com eles; estejam preparados para o trabalho em equipe, possam liderar equipes quando necessário e que tenham capacidade de aprender novos conhecimentos e adquirir atitudes de maneira rápida e efetiva que estejam abertos às contínuas transformações e diferentes formas de organização do trabalho e que sejam capazes de identificar problemas e encontrar soluções para estes problemas.

Entretanto, Butler (1983) afirma que:

quando se enfatiza as novas competências, surge a possibilidade de não as dimensionar na formação científica, mas meramente numa ação comportamentalista para que as pessoas melhorem a produção do trabalho em relação à eficácia e eficiência, perfeitamente consideráveis quando se traduzem as novas competências por autonomia, flexibilidade e capacidade de trabalho em grupo (p. 3).

Analisando essa perspectiva, observa-se um processo denominado alienação, no qual existe o sentido subjetivo de separação e distanciamento da riqueza do ser humano e a pobreza e limitação da vida dos indivíduos.

Segundo Heller (1989), só há superação da vida quotidiana alienada quando há passagem da heterogeneidade (atividades individuais realizadas sem uma reflexão) para a homogeneidade (superação da alienação) e com a ação reflexiva fazendo parte do processo. A superação da alienação caracteriza-se pela concentração em determinada tarefa, modificação da personalidade e generalização, através do que se deve superar em determinada atividade, dos traços específicos da particularidade de determinado sujeito.

As problematizações explicitadas têm como um dos seus princípios os interesses e as novas formas da lógica capitalista de ação. Essa etapa do capitalismo que marca a transição do fordismo para o pós-fordismo e o neoliberalismo, exigiu uma reestruturação da produção e a consequente precarização das relações de trabalho. Para satisfazer as necessidades imediatas do progresso, a prática, enquanto conhecimento utilitário passou a ganhar espaços no trabalho educativo.

O mundo do trabalho resultante da mundialização, segundo Chesnais (in DUARTE, 2000), permite introduzir a ideia de que se a economia se mundializou, seria importante construir instituições políticas mundiais capazes de dominar o seu movimento. Nesta lógica a instituição educação reforça esse processo refletindo e impondo novas perspectivas para a formação e qualificação da mão-de-obra.

Para se entender a relação trabalho, prática e educação, ressalta-se que quanto mais alienado for o trabalho, quanto mais estiver inserido em relações de produção baseadas na propriedade privada dos meios de produção, mais a apropriação necessária à execução do trabalho será parcial, fragmentada e externa à personalidade do trabalhador, tornando a sua reprodução como trabalhador num processo antagônico à sua reprodução como ser humano. Mas mesmo assim não deixa de existir esse processo de reprodução e, com ele, alguma forma de apropriação de meios materiais e imateriais necessários à execução do trabalho (DUARTE, 1996).

Outro tema abordado pelo PPP institucional faz referência à Educação Profissional articulada com o Ensino Médio possibilitando a criação de cursos motivados pela imposição política e não pela demanda real da sociedade.

Na atual LDB, a Lei Federal nº 9394/96, dispõe que a Educação Profissional integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia conduz o permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva. Neste sentido a Educação Profissional não substitui a educação básica e nem concorre com ela, mas está sendo considerada como fator estratégico de competitividade e desenvolvimento na nova ordem econômica mundial. Tais concepções trazem como inovações a reorganização dos cursos técnicos por eixos temáticos; a modulação dos cursos e a certificação de competências.

Um estudo feito por Ciavatta e Ramos (2009) em matérias publicadas em jornais, no ano de 2009, sobre o ensino médio integrado à educação profissional, partiu do pressuposto que as notícias reproduzem não só o pensamento hegemônico do governo e

dos empresários, como também o senso comum da sociedade, que enfatiza a importância da educação profissional para as necessidades do mercado e dos alunos.

O mesmo estudo indica que o ensino médio, nessas fontes, é tratado como “o principal gargalo do sistema educacional brasileiro”, um “nó” que o governo federal tenta resolver.

No lastro dessa constatação, a integração da educação profissional ao ensino médio tem, na maioria das vezes, visado à preparação de jovens para um possível ingresso imediato no mercado de trabalho como alternativa ao prosseguimento de estudos no nível superior.

Também se justifica a integração da educação profissional ao ensino médio mediante a suposição de que a vinculação do ensino médio ao mercado de trabalho e a obtenção imediata de uma profissão o tornaria mais atrativo aos jovens.

Vale registrar o fato de a Educação Profissional ser reiterada como o ensino destinado à classe trabalhadora e alternativo ao nível superior. A ideologia da empregabilidade sustenta a responsabilização dos próprios trabalhadores pelo desemprego, sendo que a qualificação e a requalificação profissional são consideradas meios de acesso a setores ocupacionais, prevalecendo, para a maioria dos trabalhadores, a periferia da produção, esfera em que predomina tanto a lógica taylorista-fordista quanto a precarização do trabalho. A pedagogia das competências, nesse caso, visa à adaptação psicofísica do trabalhador a tais condições, esvaziando a formação de conteúdos científicos que embasa a perspectiva da consolidação duma profissão.

Segundo Ciavata e Ramos (2011)

Centrada na dualidade das classes sociais e do sistema educacional, a propalada formação flexível ocorreria por meio da fragmentação curricular e de um tipo de rotatividade formativa. Em outras palavras, um currículo flexível supostamente proporcionaria ao trabalhador oportunidades de se atualizar ou se requalificar por diferentes itinerários formativos, demandados por mudanças na produção e/ou nas situações de emprego. O trabalhador assim formado seria capaz de renovar permanentemente suas competências, por diversas oportunidades, inclusive em cursos de currículos flexíveis (p. 32).

O exposto nos ajuda a ver que permanece a necessidade do debate sobre as finalidades dessa etapa e modalidade de ensino, a natureza da relação entre o ensino médio e a educação profissional, como também a necessidade de se construir um projeto de ensino médio que supere a dualidade entre formação específica e formação geral e

desloque o foco de seus objetivos do mercado de trabalho para a formação humana, laboral, cultural e técnico-científica, segundo as necessidades dos trabalhadores.

A formação do técnico em enfermagem, segundo o Projeto político pedagógico, além de outros objetivos traz também a indicação de dotar o profissional de competências e habilidades através do processo pedagógico ancorado essencialmente na proposta pedagógica do *aprender a aprender*. Com efeito, é através dos pressupostos – explícitos e implícitos – contidos nessa pedagogia e na noção de competências que os conteúdos curriculares devem ser transmitidos aos discentes.

Pressupomos que o lema *aprender a aprender* e a noção de competências se articulam na política pública educacional brasileira. Entretanto, em nível de organização didática, optamos em analisar primeiramente as competências pedagógicas do *aprender a aprender* para depois discorrermos sobre a noção de competência.

Partimos do entendimento que o lema *aprender a aprender* não é essencialmente novo, mas uma nova roupagem para a pedagogia do construtivismo, que particularmente no Brasil, se expressou no movimento escolanovista. (Duarte, 2001)

Segundo Duarte (2001, p. 51, 52)

Uma das formas mais importantes, ainda que não a única, de revigoração do ‘aprender a aprender’ nas últimas décadas foi a maciça difusão da epistemologia e da psicologia genética de Jean Piaget como referencial para a educação, por meio do movimento construtivista que, no Brasil, tornou-se um grande modismo a partir da década de 1980 defendendo princípios pedagógicos muito próximos aos do movimento escolanovista. Mas o construtivismo não deve ser visto como um fenômeno isolado ou desvinculado do contexto das últimas décadas. Tal movimento ganha força justamente no interior do aguçamento do processo de mundialização do capital e de difusão, na América Latina, do modelo econômico, político e ideológico neoliberal e também de seus correspondentes no plano teórico, o pós-modernismo e o pós-estruturalismo. É nesse quadro de lugar intensa do capitalismo por sua perpetuação que o lema ‘aprender a aprender’ é apresentado como a palavra de ordem que caracteriza a educação democrática.

Assim, o construtivismo pedagógico, travestido de *aprender a aprender* ressurge como uma proposta totalmente alinhada às determinações posta pela crise estrutural do sistema do capital.

Neste sentido, Batista e Alves (2009, p.9) apontam para novas necessidades colocadas pelo novo padrão do capitalismo – derivado de sua crise estrutural – de um novo tipo de trabalhador que “seja capaz de aliar qualificação (saber-fazer) a um conjunto de atributos pessoais (saber ser)”. O trabalhador pretendido por essa nova realidade deve ser, em moldes capitalistas, flexível e polivalente; deve agora possuir competências “[...]”

não voltadas para um posto específico de trabalho, pois, neste contexto, não se exige apenas o ‘saber fazer’ do trabalhador, o que se exige são características gerais de caráter comportamentais, as denominadas atitudes, ou seja, ‘saber – ser’” (*idem, ibidem*)

A educação nessa esteira é mais uma vez de fundamental importância. Atrelado ao papel de maximização da exploração do trabalho, a pedagogia do *aprender a aprender* se coloca como um dos meios para se atingir três objetivos básicos da formação profissional no seio da sociedade do capital. São eles: “o aumento da produtividade, a formação técnica e a conformação normativa de comportamentos, atitudes e valores.” (MACHADO, 1995, p. 45)

Segundo Duarte (2001; 2012) o lema *aprender a aprender* comporta centralmente quatro posicionamentos valorativos que derivam substancialmente do “fetichismo da individualidade.”

Começamos pela análise do “fetichismo da individualidade”. De acordo com Duarte (2012, p. 11, 12),

[...] entre o muitos fetichismo produzidos por essa sociedade, temos o da individualidade. (...) é próprio do fenômeno do fetichismo que o ser humano se submeta ao domínio de algo que ele atribui poderes. No caso do fetichismo da individualidade, o que ocorre é que, em vez da individualidade ser considerada algo que comanda a vida a vida das pessoas e em consequência, como anda as relações entre as pessoas da sociedade. Mesmo que o fetichismo da individualidade em nome da liberdade individual, como é o caso das várias formas assumidas pela ideologia liberal, o seu resultado é a negação da liberdade. Um exemplo bastante claro disso é o das correntes pedagógicas que advogam que a educação deve submeter-se ao desenvolvimento espontâneo de cada pessoa, desde a educação infantil até o ensino universitário. Essas pedagogias, todas apoiadas na ideologia liberal apresentam ser promotoras da liberdade, mas na verdade, escravizam as pessoas à espontaneidade de processo sociais e naturais.

A principal consequência desse fetichismo para a educação é tomar o conhecimento como “uma representação particular de um mundo reduzido, isto é, tomado também de modo particular”, dessa maneira “inexiste um conhecimento objetivo, elaborado pelo gênero humano, a serem apropriados pelos indivíduos como condição básica para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores” (MARTINS, 2001, p. 64). A subjetivação e particularização do conhecimento em nome de um pluralismo teórico metodológico, “encerram um esvaziamento e um empobrecimento acerca da própria possibilidade de um saber racional, objetivo e universal sobre a realidade humana (...) “. (*idem*, p.65)

Com relação aos posicionamentos valorativos contidos no *aprender a aprender*, queremos destacar aquela em que a aprendizagem que o indivíduo realiza por si mesmo,

nas quais está ausente a transmissão, por outros indivíduos, de conhecimentos e experiências, é tida como mais desejável.

Para Duarte (2001)

Aprender sozinho seria algo que contribuiria para a individualidade do indivíduo, ao passo que aprender algo como resultado de um processo de transmissão por outra pessoa seria algo que não produziria a autonomia e, ao contrário, muitas vezes até seria um obstáculo para a mesma. (p. 57, 57)

Com relação ao fato de considerar que a educação escolar deva propiciar no aluno a busca por si mesmo de novos conhecimentos, a autonomia intelectual, a liberdade de pensamento e expressão, não nos opomos. Ao contrário, achamos ser uma postura desejável e primária ao ato educativo. Em nosso conhecimento, o problema reside na postura contida no aprender a aprender, que as aprendizagens que o indivíduo realiza sozinho são mais desejáveis do que aquelas que ele realiza por meio da transmissão de conhecimentos por outras pessoas.

Segundo Cavalcanti (2015):

Todo conhecimento é socialmente histórico, as pessoas aprendem centralmente a partir do contato social com outros membros do gênero para posteriormente ter a mínima noção de que precisam buscar por si. É a aprendizagem que puxa dialeticamente o desenvolvimento, não o contrário. Relegar o conhecimento ao espontaneísmo é retirar a matriz histórica da transmissão do conhecimento, e a retirada do caráter histórico dos conteúdos a serem internalizados favorece ideologicamente ao sistema de capital, visto que este é tomado como natural e eterno (p. 138).

Esse posicionamento valorativo do *aprender a aprender* fomenta uma responsabilização do profissional, nesse caso do técnico em enfermagem, pela sua própria formação, pela busca de sua qualificação e conseqüentemente pelo seu fracasso ou sucesso, Tira-se assim a responsabilidade do modelo organizacional da vida e a coloca no plano individual, no trabalhador.

A concepção de competência oportuniza-nos também, neste contexto, uma análise crítica dos seus fundamentos que nos permitirá avançar na direção de desvelar a conformação ideológica contida nessa proposta pedagógica.

De acordo com o estudo de Araújo (2001; 2004), existem três correntes principais que embasam a noção de competência nos documentos públicos educacionais do Brasil. São elas: o racionalismo, o individualismo e o neopragmatismo.

Segundo o referido autor, as ideias de racionalização de processos formativos e de trabalho não são uma novidade. É derivada dessa condição o fato de que a formação dos profissionais técnicos de saúde, além de *aprender a aprender*, precisam ter responsabilidade e compromisso com a sua educação

(...) desde Taylor, com sua proposta de administração científica têm sido feitas tentativas de máxima racionalização da produção e da formação. A partir dele, outras perspectivas do racionalismo se apresentaram como o Movimento das Relações Humanas que buscavam, por um lado, alternativas administrativas para as empresas a fim de obterem maior eficiência e racionalidade e, por outro, diminuir as resistências ao trabalho de tipo taylorista (ARAÚJO, 2001, p. 34).

Na enfermagem, mais especificamente na formação do técnico em enfermagem, a noção de racionalização do conhecimento se expressa de forma marcante ao longo do processo histórico. Segundo Silva e Cavalcanti,

(...) a manutenção da hegemonia do caráter tecnicista da formação do enfermeiro, com supressão curricular de disciplinas que tratem de uma reflexão crítica (no sentido próprio do termo) sobre a construção da atual sociedade e sobre o papel da enfermagem em seu interstício (2013, p. 113)

Trata-se, portanto de uma concepção que persegue a tecnificação do cuidado de enfermagem com bases cientificamente sistematizadas, o que a priori não consistiria um problema. A negatividade se expressa na motivação e no desenvolvimento dessa tecnificação, que de acordo com Silva e Cavalcanti (2013), são centralmente movidas por interesses orientados a partir da dinâmica do capital.

O viés racionalista contido na noção de competências coloca ainda uma série de implicações ideológicas de caráter classistas. A principal delas decorre justamente da tentativa de fazer predominar o caráter objetivo/técnico em detrimento dos conteúdos sociais.

De acordo com Lacks (2004, p. 86), a pedagogia das competências ancoradas em pressupostos racionalistas, “[...] incentiva comportamentos individuais e sociais desvinculados de conteúdos, em que a afetividade e a criatividade passam a ser racionalizadas”, ao passo que dissolve as “relações de poder”, além de fazer a política sucumbir perante a racionalidade técnica. Entretanto, tudo isso está supostamente erguido sob a “[...] pretensa ideológica da valorização da escola como um espaço de aprendizagem da crítica e da criatividade (*idem, ibidem*).

Outra corrente teórica que inspira a noção de competência é o individualismo. De acordo com Araújo (2004, p. 506), “[...] apesar de permanecer vaga, na maioria das vezes, a noção de competência é utilizada supondo-se individualização na formação, nas avaliações e nos balanços de competências”. Com efeito, desloca-se o ensino centrado em saberes para um sistema de aprendizado focado no aluno.

Tal condição decorre da relação que a noção de competência guarda com os postulados construtivistas.

Deste ponto de vista, a aprendizagem resulta das ações dos alunos a partir da e sobre a realidade por eles vivida, pelas quais constroem o conhecimento. Este por sua vez, é produto das elaborações cognitivas resultantes das percepções e representações dos alunos, construídas na base de suas próprias experiências e de seu cotidiano. Cabe à educação escolar promover condições para a problematização a partir das referidas representações, para o teste de hipóteses e para a busca de soluções (experimentação), respeitando as diferenças que se manifestam na atividade construtiva do aluno (MARTINS, 2012, p. 64)

O sentido ideológico decorrente dessa condição não é a valorização do elemento humano, conforme a literatura apologista do modelo de competências sugere, mas o oposto: é o enfraquecimento do elemento humano como coletivo. A individualização nesse contexto tem por efeito despolitizar e repolitizar as contradições de classes, “[...] tornando-as tecnicamente administradas pela negociação entre a empresa e o trabalhador tomado individualmente, sem a mediação política dos sindicatos ou de outras instituições representativas do trabalho” (SILVA, JÚNIOR; GONZÁLEZ, 2001, p. 46))

O pragmatismo na forma neopragmatista é outra corrente que fundamenta a pedagogia das competências. Segundo James *apud* Araújo (2004, p. 76) “[...] o método pragmático se opõe ao movimento do racionalismo e propõe uma atitude de olhar para além das ‘categorias’ e de procurar por frutos, consequências e fatos, negando a possibilidade do conhecimento verdadeiro, objetivo”. Já o neopragmatismo proposto por Rorty tem aproximações com o irracionalismo pós-moderno, visto que consideram a impossibilidade de um conhecimento verdadeiro acerca da realidade, desconsiderando teorias ditas objetivas, definindo-as apenas como teorias narrativas. “Ou seja, o pragmatismo e o neopragmatismo questionariam todo o edifício construído pelas ciências cognitivas em torno da ideia de competências objetivas considerando-as apenas como ‘representações’ ou ‘narrativas’” (ARAÚJO, 2004, p. 507, 508)

No que diz respeito à construção de competência, Araújo (2004) nos lembra de que tem seu procedimento básico centrado na atividade, no cotidiano, no imediato. É aí que identificamos aquilo que é central na noção de competências: recurso cognitivo para adequação do indivíduo ao meio.

Neste sentido, construir competências sem considerar uma prática social determinada em todas as suas instancias pela luta de classes, tende a construir no âmbito da educação escolar – mas não se limita a esse espaço – relações despolitizadas. De tal forma, questões relacionadas às oportunidades educativas, ao desemprego, à precarização das relações de trabalho, às perdas salariais, entre outras, assumem um caráter estritamente técnico. Talvez por isso, as lutas da categoria profissional da enfermagem brasileira tenham se detido “[...] apenas ao campo da luta política, e ainda assim, com sérias limitações de motivação, de percurso e de finalidade” (SILVA; CAVALCANTI, 2013, p. 113)

Desta forma, compreendemos que existe neste contexto educacional uma potencialização do investimento ideológico substancialmente conservador para a formação profissional de técnicos em enfermagem a partir de diretrizes curriculares nacionais baseadas no *aprender a aprender*, como também das competências. Na verdade trata-se de mais um escamoteamento da subserviência histórica que a enfermagem e sua cientificidade têm para com o capitalismo, só que agora com uma roupagem supostamente em consonância com as necessidades humanas, mas, como vimos, é altamente contraditória e insustentável. Tal situação apenas reforça duas principais funções da educação do capitalismo: preparação de mão de obra (agora polivalente, flexível e adaptável) e conformação ideológica (profissional e espiritual).

No que diz respeito ao Projeto político-pedagógico, a reorganização da escola deverá ser buscada de dentro para fora. O fulcro para a realização dessa tarefa será o empenho coletivo na construção de um projeto político-pedagógico e isso implica fazer rupturas com o existente para avançar.

É preciso entender o projeto político-pedagógico da escola como uma reflexão de seu cotidiano.

Para tanto ela precisa de um tempo razoável de reflexão e ação, para se tenha um mínimo necessário à consolidação de sua proposta.

A construção do projeto político-pedagógico requer continuidade das ações, descentralização, democratização do processo de tomada de decisões e instalação de um processo coletivo de avaliação de cunho emancipatório.

No tocante à avaliação o PPP da instituição supõe que a tal processo demonstre um maior zelo pela aprendizagem significativa do aluno deixando de ter um fim em si mesmo e passe a ser um processo “trocando o medo pela coragem, o boletim de notas pelos registros de anotações a imposição pela negociação, o autoritarismo pela participação, enfim, a avaliação deixa de ser uma tortura, deixa de ser uma ‘hierarquia de excelência’ onde os alunos são comparados e depois classificados em virtude de uma norma de excelência definida pelo professor ou pelo mundo da escola.” (PPP da instituição).

A avaliação em sentido amplo caracteriza-se como uma atividade tipicamente humana originada a partir do momento em que o homem passou a antever suas ações através do planejamento mental. Ela faz parte de todas as nossas ações cotidianas, até mesmo de forma implícita em ações nas quais não estamos conscientes de sua presença (PARO 2001).

Entretanto, a avaliação da aprendizagem é um recurso de comprovação da eficácia do ensino e diz respeito a objetivos claros que se pretende atingir.

Nesse aspecto, Luckesi (2005, p.17) enfatiza que na pedagogia tradicional “a avaliação da aprendizagem ganhou um espaço tão amplo nos processos de ensino que nossa prática educativa escolar passou a ser direcionada por uma “pedagogia do exame” evidenciando seu caráter classificatório e independente dos processos de ensino e aprendizagem

Os professores utilizam-se das provas para o controle e intimidação dos alunos e também para classificá-los conforme a nota. O conhecimento do aluno serve apenas no momento da prova, tanto que, se o aluno entregar a prova e minutos depois pedir ao professor para refazer uma questão, será impedido.

Segundo Luckesi (idem, p.42) para que a avaliação deixe de ser autoritária e assuma seu verdadeiro papel de “instrumento dialético de diagnóstico” deverá estar a serviço de uma pedagogia, não seja autoritária e se mostre preocupada com a transformação social.

Defendendo essa mesma ideia Vasconcellos (2005, p.68) afirma que “não se pode conceber uma avaliação reflexiva, crítica, emancipatória, num processo de ensino

passivo, repetitivo, alienante” uma vez que a avaliação sempre faz parte do processo ensino-aprendizagem.

Segundo Luckesi (2005)

A avaliação é um julgamento de valor sobre manifestações relevantes da realidade, tendo em vista uma tomada de decisão. O juízo de valor é uma afirmação qualitativa sobre um conteúdo que se quer avaliar, partindo de critérios pré-estabelecidos para conhecer o nível de desempenho do aluno. Por isso, quanto mais se aproximar o objeto a ser avaliado do padrão ideal, mais satisfatório será o julgamento. Mas, esse julgamento não será subjetivo, pois surgirá dos indicadores da realidade que delimitam a qualidade esperada do objeto. Assim, o juízo de valor ou avaliação é o componente que mais coloca poder na mão do professor, pois, conduz a uma tomada de decisão e requer uma atitude do mesmo (p.33).

A avaliação apenas mostra o que o aluno sabe. Os usos que são feitos da avaliação não são parte dela.

Gasparin (2010) reforça a ideia ao afirmar que:

A avaliação desempenha mais de uma função: diagnóstica, formativa, somativa, conforme as necessidades de cada momento; essas funções da avaliação são apontadas pela maioria dos estudiosos como a avaliação em si e não como funções diferentes em momentos diferentes. O momento em que a avaliação se realiza não altera sua essência: Se é inicial, processual ou final, isso não é parte constitutiva da avaliação.

De fato, comungamos com a ideia de que nenhuma avaliação em si é capaz de diagnosticar, informar ou formar o aluno, oferecendo elementos para que ele aperfeiçoe sua aprendizagem. A avaliação apenas demonstra o nível de apreensão dos conteúdos pelo aluno.

Uma avaliação aplicada com o intuito de “diagnosticar” eventuais problemas, não será autossuficiente para solucioná-los, também não conseguirá por si só, regular as atividades docentes. Se o professor aplicar uma avaliação com caráter diagnóstico e não tomar as decisões necessárias para melhorar os resultados, ela não passará de exame. Isto porque diagnóstico não é avaliação, mas pesquisa, busca, coleta de dados sobre os quais se poderá realizar depois uma avaliação. A avaliação é sempre um momento de parada para um juízo apreciativo, um recurso de comprovação de eficácia do ensino..

Nesse sentido, os instrumentos de avaliação devem mostrar que o aluno aprendeu, evidenciando sua capacidade de síntese mental do conteúdo nas dimensões em que foi abordado. Acima de tudo, a avaliação deverá verificar a aprendizagem não a partir do mínimo possível, mas sim, a partir do mínimo necessário para o passo seguinte de sua aprendizagem. Se não for possível contemplar todo o conteúdo trabalhado em um único instrumento é necessário que o professor ofereça mais de uma oportunidade de avaliação,

sempre estabelecendo previamente os critérios de acordo com os objetivos planejados e apresentando-os aos alunos para que possam ter clareza daquilo que deverão aprender.

4.2 QUESTÕES SOBRE O CORPO DOCENTE

O primeiro encontro que tivemos com os docentes para a coleta dos dados ocorreu no dia 12 de agosto de 2014. Foi apresentado aos docentes os objetivos da pesquisa e em seguida aplicado o questionário com os itens para formar o quadro de dados. Os docentes se comprometeram em devolvê-los na semana seguinte quando retornaríamos para fazer a coleta de dados junto aos discentes.

Quanto ao perfil dos docentes que aceitaram participar da pesquisa, todas são mulheres e atuam nas mais diversas áreas da enfermagem. Todas são bacharéis e trabalham na docência entre dois e seis anos. Quatro têm investido em produção científica, sendo duas com mestrado. As docentes que participaram da pesquisa, além da docência, também atuam nas áreas de Urgência e Emergência, Saúde Coletiva e Assistência Hospitalar.

Sobre a concepção de enfermagem apresentamos a seguir a posição das docentes:

“Considero como uma profissão digna de grande responsabilidade e importância. Requer amor, dedicação e disposição para se doar ao outro. Sou realizada em ser enfermeira, apesar das dificuldades encontradas em exercer a profissão.” (Relato do professor 1)

“É a arte de cuidar baseada no ideal de servir. Promover o cuidado de forma integral do paciente, cujo objetivo é promover o bem-estar do paciente utilizando ações preventivas e promoção à saúde. Profissão que exige competência, humanização e responsabilidade.” (Relato do professor 6)

“É uma profissão que está diretamente ligada ao cuidado.” (Relato do professor 7)

“É a profissão do cuidado. Está sempre às necessidades do pacientes, não apenas ao que diz respeito à assistência, mas principalmente às condições psicopolíticasociais onde ele está inserido.” (Relato do professor 8)

O grande destaque das falas das docentes foi para o perfil assistencial da enfermagem elucidando a dedicação do profissional ao bem estar do paciente, doação, comprometimento, promoção do cuidado. Isso nos remete “à origem ideológica da

enfermagem que traz o significado antigo de abnegação, obediência e dedicação, o que aparece embutido no ideário de ajuda” (SILVA E SILVA (2014 p. 88).

Outro aspecto relevante nas respostas das docentes acerca da concepção de enfermagem diz respeito ao compromisso da enfermagem.

“É uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida das pessoas, família e coletividade.” (Relato do professor 2)

“Profissão cujo compromisso é com a vida do próximo. Busca por qualidade de vida dos ‘clientes’ através de um trabalho contínuo de educação em saúde da população em geral.” (Relato do professor 3)

Sendo a saúde da população um dos compromissos da enfermagem, senão o maior, faz-se necessário retomar o conceito da mesma segundo a OMS - Organização Mundial de Saúde – ampliada pela VIII Conferência Nacional de Saúde: “É o resultado das condições de alimentação, educação, moradia, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e principalmente acesso aos serviços de saúde.”(BRASIL, 1986). Para tal amplitude, a enfermagem terá que perceber como estão as condições de oferecimento dessas condições de saúde para a população, pois não é de agora que Florence já havia observado que as condições de trabalho interferem na atuação da enfermagem: “Más condições sanitárias, má arquitetura e más condições frequentemente tornam impossível o exercício da enfermagem.” (NIGHTINGALE 1989, p. 9)

A desvalorização da profissão, como também as áreas de atuação da enfermagem foram abordadas na concepção de enfermagem. Sobre isso foi colocado que:

“É uma profissão que ainda carece de muita valorização nos aspectos financeiros e legais. Há uma cultura de soberania médica que deve ser quebrada, uma vez que na relação interdisciplinar não se pode haver sobreposição de profissões. A enfermagem é uma profissão digna de méritos porque se situa numa complexidade que não é alcançada pela maioria das profissões, uma vez que além da assistência dispensada pelo enfermeiro ainda tem a gerência, a coordenação, o ensino e a pesquisa.” (Relato do professor 4)

O trabalho da enfermagem foi colocado além do cuidado direto ao paciente. Foi elucidada a presença do enfermeiro na gerência, na coordenação de equipe, no ensino e na pesquisa. Além disso, chamou também a atenção para a desvalorização dos profissionais da área de enfermagem, tema que vem sendo discutido por diversos autores, uma vez que a exploração da mão de obra deste profissional é histórica. Um exemplo disso é a luta para se conseguir a regulamentação do PL que versa sobre a carga horária de trinta horas semanais da enfermagem que se arrasta na câmara dos deputados a mais

de onze anos. Infelizmente ainda é frágil o nível de mobilização da classe para exigir direito. É fato a colocação de Silva e Silva (2014):

Os enfermeiros enfrentam de modo pacífico sérias dificuldades de ordem profissional, desde as longas jornadas de trabalho, baixos salários comparados aos dos outros profissionais do mesmo nível de escolaridade, o que evidencia que sua organização política é frágil e sem autonomia (p. 88).

Segundo Santos (1997), a problemática do corpo docente é um dos pontos mais críticos para a formação do técnico em enfermagem, assim como do profissional de nível médio em geral, um exemplo disso é a dificuldade que o docente tem para se manter atualizado, sendo uma necessidade do desenvolvimento da profissão, falta-lhe incentivos dos setores competentes.

Além da concepção de enfermagem, os docentes também enunciaram suas concepções acerca da formação. Eles colocaram que:

“A formação é baseada em uma diversidade de concepções, cujo objetivo é aprimorar cada vez mais as didáticas e metodologias de ensino adotadas em sala de aula e retificando as falhas na docência e buscando sempre uma melhor forma de aprendizagem,” (Relato do professor 5)

“É um processo contínuo que não se encerra apenas na obtenção do título. Permeia a construção de um conhecimento gradativo por parte do profissional que deve ser buscado por este a partir da sua graduação.” (Relato do professor 4)

“Para mim significa ir além do que foi aprendido na universidade. É buscar o aperfeiçoamento investido cada vez mais de forma autônoma ou em equipe.” (Relato do professor 7)

“Considero minha formação incompleta, uma vez que a minha experiência atual profissional foi desenvolvida no período pós-faculdade. Refiro-me à experiência e ao aprendizado não trabalhado durante a formação. Acredito que algumas áreas ficaram carentes de aprendizado.” (Relato do professor 1)

Percebemos que a concepção de formação está voltada para o ensino dispensado na formação superior e a partir daí o processo contínuo de aperfeiçoamento na profissão, aprimoramento das metodologias de ensino. Uma vez que, para a sociedade capitalista, cabe ao profissional se aprimorar para aumentar a sua capacidade de prestar serviços com maior segurança e qualidade, como se percebe nos relatos a seguir:

“É uma continuidade do ensino, onde o indivíduo busca ampliar seus conhecimentos em determinados assuntos com embasamento teórico-científico e prático.” (Relato do Professor 2)

“É um processo de desenvolvimento intelectual, profissional e pessoal” (Relato do Professor 3).

“Investimento primordial na profissão para que se possa manter sempre atualizado e desta forma preparado para o mercado de trabalho.” (Relato do professor 6)

“É nunca para de estudar. Estar sempre indo atrás do melhor investimento para a profissão, pois desta forma ganha tanto p profissional, como também os pacientes que serão cuidados por esse profissional.” (Relato do professor 8)

Cruz (2001) ratifica tais colocações ao afirmar que:

[...] o estigma de que a má formação profissional seria a maior causa dos altos índices de desemprego atribui ao trabalhador a responsabilidade de sua não inserção o mercado de trabalho. [...] Qualificar, reprofissionalizar e atualizar tornaram-se palavras de ordem no momento (p. 134).

Diante disso, o que percebe é que ser um enfermeiro flexível para atender aos moldes capitalistas tem produzido no profissional um sentimento de uma dinamicidade instável com relação à formação.

Em relação ao planejamento podemos afirmar que se configura em um ato de oportunidade e tomada de consciência para refletir sobre a prática pedagógica, Quanto a esse recurso, ponto crucial para alcançar o objetivo que se almeja, os docentes responderam que:

“Sigo o plano de curso da disciplina. As aulas são elaboradas de acordo com tais assuntos. São aulas expositivas aprofundadas com slides, filmes e artigos científicos como também a participação dos alunos durante a exposição e na apresentação de trabalhos e seminários.” (Relato do Professor 7)

“Foco na área de atuação do técnico em enfermagem de acordo com a disciplina ministrada. As aulas são feitas baseadas na Fisiopatologia da doença e assistência de enfermagem. Utilizo como recursos slides, atividades de fixação e artigos científicos.” (Relato do Professor 1)

“Seguindo o conteúdo programático e buscando embasamento em bibliografias atualizadas, pesquisando artigos científicos e trazendo para debates temas relacionados aos assuntos. Além de mostrar o cotidiano da profissão.” (Relato do professor 2)

Uma vez que o planejamento tem como objetivo anteceder e orientar a prática docente, percebemos a autonomia dos docentes, no que diz respeito à organização e planejamento das aulas, desde que tenha como referência o conteúdo programático do curso.

“Planejo a partir do que observo de maior fragilidade na assistência e tento trazer para a sala de aula em forma de debates.” (Relato do Professor 4)

“Planejo minhas aulas de acordo com as necessidades que os alunos vão apresentando no decorrer da disciplina e proporcionando um melhor aprendizado ao assunto.” (Relato do Professor 5)

“Elaboro o plano de curso e o plano de aula. Dessa forma tenho controle. Traço objetivos de cada aula e a partir dele planejo a metodologia e conteúdo a ser abordado e formas de avaliação.” (Relato do Professor 6)

Nas respostas dos docentes percebe-se uma variedade de estratégias na hora de planejar as aulas. Tais estratégias podem ser justificadas pela tentativa de se fazer um trabalho interdisciplinar como colocam Valente e Viana (2006) “para estimular a prática pedagógica, bem como o maior interesse do aluno, utiliza-se como didática no processo de ensino relacionar o conteúdo teórico proposto com a prática e com as experiências vivenciadas por eles no contexto de sua história, promovendo amplo conhecimento e maior participação nas aulas” (p. 38).

Um feedback para se verificar a aprendizagem tem sido, tradicionalmente, a avaliação. Sobre este recurso os docentes colocam que:

“O conteúdo é sempre atualizado e de linguagem mais simples por se tratar de um curso de nível médio. Minhas avaliações são sempre contextualizadas. Dessa forma consigo avaliar melhor o aluno.” (Relato do professor 6)

“O que observo de maior fragilidade na assistência eu tento trazer para a sala de aula em forma de debates. Geralmente a forma de avaliação é mista: participação do aluno, prova teórica e trabalhos em sala de aula.” (Relato do professor 4)

“Minha avaliação consiste em provas contextualizadas, atividades, seminários, discussões em sala.” (Relato do professor 8)

O que se percebe é que os professores avaliam seus alunos em todas as atividades na sala de aula, no entanto na avaliação deve estar claro sobre o que se quer alcançar e que tipo de profissional se quer formar, fazendo com que eles sejam os principais sujeitos do processo. Devemos trabalhar a avaliação em uma perspectiva educacional que privilegie a participação do professor e do aluno numa relação dialética.

4.3 QUESTÕES SOBRE O CORPO DISCENTE

A coleta de dados junto aos discentes foi feita em duas etapas. Uma no turno da manhã e outra no turno da noite. No turno da manhã, a coordenadora nos apresentou a

uma turma com 26 (vinte e seis) discentes, como também à docente que ministrava a aula naquele momento. Apresentamos aos mesmos o objetivo da nossa pesquisa. Todos se dispuseram a participar. Os questionários foram aplicados e depois de respondidos, recolhidos.

Quanto ao perfil dessa turma são discentes que apresentam faixa etária entre 18 e 51 anos, que em sua maioria concluíram o ensino médio regular (25 alunos) e apenas 01 (um) aluno fez o supletivo. Nessa turma, 04 (quatro) alunos têm outra formação técnica como: 02 (dois) técnicos em contabilidade, 01 (um) eletrotécnico e 01 (um) auxiliar administrativo. Dos 26 discentes, 02 (dois) já trabalham na área da saúde como auxiliar de serviço bucal. Quanto à formação superior, apenas uma (01) é formada em Serviço Social. Nenhum deles conhece o PPP da instituição.

A turma do turno da noite é composta por 27 (vinte e sete) discentes que participam do PRONATEC - Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego. Neste caso, o único diferencial é que os discentes recebem bolsa de estudo financiada pelo MEC para o curso de técnico em enfermagem dentro de um determinado número de vagas. Não há diferença no que diz respeito à grade curricular ou oferecimento do curso. Foi utilizada a mesma estratégia de coleta de dados feita no turno da manhã.

Quanto ao perfil, são alunos que apresentam uma faixa etária entre 18 e 45 anos onde a maioria concluiu o ensino médio regular (22 alunos) e apenas 05 (cinco) alunos fizeram o supletivo. Nessa turma, 04 (quatro) alunos já têm outra formação técnica sendo: 02 (dois) técnicos em informática, 01 (um) magistério e 01 (um) auxiliar administrativo. Dos 27 discentes apenas 02 (dois) já trabalham na área da saúde como higienizadora de UTI e no PSF – Programa Saúde da Família. Quanto à formação superior, 03 (três) já são pedagogos. Nenhum deles conhece o PPP da instituição.

A maioria dos discentes é trabalhador-estudantes, ou seja, pessoas que enfrentam dificuldades inerentes a sua condição de vida, cumprindo cotidianamente dupla ou tripla jornada de trabalho e estudam à noite.

Esse fato agrava-se ainda mais na enfermagem, pelo grande contingente de mulheres inseridas na profissão. Segundo a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (COFEN, 2015), o país apresenta uma enfermagem predominantemente feminina onde 84,6% são mulheres. Em Sergipe as mulheres representam 89,8% dessa população tendo ainda sob sua responsabilidade os afazeres domésticos.

Um dos questionamentos respondido pelos discentes foi quanto à concepção de enfermagem. Aqui foram colocadas as respostas dadas de acordo com o que foi solicitado no questionário. Nos anexos se encontram todas as respostas dadas pelos discentes.

“Processo de cuidados dispensado a pessoas vulneráveis tentando garantir um bem-estar físico e guiá-las por um caminho com uma boa qualidade de vida.” (Relato do aluno 01)

“Uma profissão que vai além das demais profissões. Tem como princípio cuidar das pessoas da sociedade como um todo. Quem faz enfermagem tem a chance de a cada dia fazer algo de melhor para o próximo, pois o mundo necessita de “soldados de branco.” (Relato do aluno 02)

"A arte de cuidar e a ciência cuja assistência ao ser humano pode ser individual, na família ou comunidade realizando as atividades visando o bem-estar e proteção do paciente.” (Relato do aluno 05)

“É o meio que utilizamos para poder cuidar, ajudar e tratar pessoas que necessitam dos nossos cuidados para que possam ter uma vida com saúde.” (Relato do aluno 06)

“É uma profissão que tem como objetivo o cuidado com os pacientes acometidos por alguma patologia. Essa profissão é composta por auxiliar, técnico e enfermeiro e pode exercer no hospital, posto de saúde, clínicas e residências” (Relato do aluno 14)

“Área em que você concilia teoria e prática, humanismo e precisão no ato de cuidar de pessoas que necessitam de tratamento na área da saúde levando em conta sua individualidade e história de vida. Dando-lhe suporte psicológico e emocional nessa fase.”(Relato do aluno 17)

“Significa o processo de cuidar do paciente dando atenção e os cuidados que necessitam para que possa ajudar no momento em que ele precisa para a sua recuperação.” (Relato do aluno 20)

Nas respostas dos discentes acima a concepção de enfermagem está pautada no “processo de cuidar”. Segundo Waldow, 2010:

O processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado. É um processo interativo entre cuidador e o ser cuidado em que o primeiro tem um papel ativo, pois desenvolve ações acompanhadas de comportamentos de cuidar. Já o segundo, ser cuidado, tem um papel mais passivo e, em função de sua situação, pode tornar-se independentemente mudando para um papel menos passivo e contribuir no cuidado passando a ser responsável pelo próprio cuidado (p. 113).

Outra concepção bem característica nas respostas dos discentes foi a postura de doação e amor ao próximo.

“Enfermagem é doar-se para cuidar do próximo e contribuir para a melhora das pessoas” (Relato do aluno 10)

“É o cuidado carregado de vários outros sentimentos. É humanização, aconchego do próximo e se doar para fazer o bem sem olhar a quem.” (Relato do aluno 43)

“É cuidar do próximo e oferecer atenção, respeito e disponibilizar tudo que estiva ao alcance para que o mais rápido possível o paciente saia do hospital.” (Relato do aluno 28)

“Amor para cuidar das pessoas. Dedicção profissional” (Relato do aluno 52)

“Para mim é o amor ao próximo. Poder ajudar sem olhar a quem. A enfermagem é tudo. É com ela que iniciamos a vinda ao mundo e também na maioria das vezes partimos com a ajuda dela no alívio do sofrimento na hora da partida.” (Relato do aluno 35)

“É um ato de cuidado e amor ao ser humano. Uma maneira de poder ajudar àqueles que precisam de nossos conhecimentos. Amor, dedicação e prestar cuidado com o ser humano.” (Relato do aluno 44)

O conteúdo das falas dos discentes nos permite afirmar que eles atribuem à enfermagem as características de ajuda, de valorização do contato com o ser humano como forma de satisfazer a uma necessidade pessoal de ajudar aos outros. Tais traços coincidem com aqueles valores inculcados pelo modelo religioso/vocacional como coloca Germano (1993):

A ideologia da enfermagem desde sua origem, e, em particular, a de Ana Neri, para os brasileiros, significa: abnegação, obediência, dedicação. Isso marcou profundamente a profissão de enfermagem. O enfermeiro tem que ser alguém disciplinado e obediente. Alguém que não exerça a crítica social, porém console e socorra as vítimas da sociedade (p. 54).

Por essa razão, a enfermagem enfrenta sérias dificuldades de ordem profissional, desde as longas jornadas de trabalho, baixos salários comparados aos de outros profissionais do mesmo nível, enfim, uma organização política e frágil e quase sem autonomia.

Alguns discentes descrevem a enfermagem como um cuidado humanizado.

“São os cuidados técnicos e humanizados que se aprimoram com conhecimentos específicos para o cuidado da saúde.” (Relato do aluno 07)

“Geralmente o termo enfermagem é ligado ao cuidado, porém vai muito além. Enfermagem é o cuidado carregado de vários outros sentimentos. É humanização, aconchego do próximo e se doar para fazer o bem sem olhar a quem.” (Relato do aluno 12)

“Área em que você concilia teoria e prática, humanismo e precisão no ato de cuidar de pessoas que necessitam de tratamento na área da saúde levando em conta sua individualidade e história de vida. Dando-lhe suporte psicológico e emocional nessa fase.” (Relato do aluno 17)

“Enfermagem tem a ver com humanização. É cuidar do próximo, oferecer atenção, respeito e disponibilizar tudo que estiver ao alcance para que, o mais rápido possível, o paciente saia do hospital” (Relato do aluno 22)

“Enfermagem consiste em cuidar de uma pessoa debilitada fisicamente e mentalmente; cuidar com segurança, conhecimento técnico e científico e também com responsabilidade e humanidade” (Relato do aluno 36)

“É o compromisso para com o outro visando promover o cuidado de forma correta, ética, humanizada. Embora não seja exercida por parte de todos os profissionais da área.” (Relato do aluno 23)

“Como uma humanização da assistência visando, em primeiro lugar, promover, prevenir e recuperar o bem-estar do ser humano assistido.” (Relato do aluno 49)

Entendemos que humanização é usar da nossa humanidade para cuidar da humanidade do outro.

Outra concepção apresentada pelos discentes foi a concepção de formação. Pelas respostas a seguir tal concepção está diretamente ligada ao atendimento das demandas para o mercado de trabalho.

“As pessoas precisam de uma formação para ingressar no mercado de trabalho. Através dela o conhecimento e a especialização adquirida é fundamental para desenvolver a profissão com segurança para o profissional e para outrem, principalmente na área da saúde.” (Relato do aluno 01)

“É através de uma formação que você passa a ter um maior conhecimento e uma boa qualificação para o seu currículo e arranjar um bom emprego.” (Relato do aluno 04)

“É uma qualificação para adentrar no ambiente profissional. É uma forma de expandir seus conhecimentos.” (Relato do aluno 11)

“É uma parte muito importante para que possamos enfrentar o mercado de trabalho sendo capaz submeter-se a todas as atividades voltadas para a nossa área.” (Relato do aluno 14)

“A nossa formação é um período em que nossos objetivos são encarados de forma em que possamos exercer a nossa área no mercado de trabalho.” (Relato do aluno 16)

“É uma competição ou qualificação para exercer uma profissão.” (Relato do aluno 35)

“É uma parte muito importante para que possamos enfrentar o mercado de trabalho” (Relato do aluno 42)

“É quando estamos capacitados e formados para exercer uma profissão.” (Relato do aluno 48)

Percebe-se que há no senso comum a ideia de que quem tem mais educação tem maiores possibilidades de emprego e que os empregadores têm interesse na capacitação de recursos humanos porque irá precisar deles no mercado de trabalho.

Outro significado de formação apresentada tem uma relação com os conteúdos teóricos e práticos apreendidos no decorrer do curso.

“É o estudo, uma qualificação que se faz através de aulas teóricas e práticas. Para que se tenha conhecimento na área em que se quer trabalhar.” (Relato do aluno 02)

“Quando concluímos o curso colocando em prática todos os nossos conhecimentos adquiridos ao longo do curso fazendo assim um trabalho exemplar.” (Relato do aluno 03)

“É estar apto para desenvolver as atividades e conhecimentos adquiridos em sala de aula. Tanto práticos como teóricos.” (Relato do aluno 08)

“Aprender e absorver os conteúdos; interação com colegas de classe; aprendizagem da prática e rotina da área a ser estudada.” (Relato do aluno 18)

“É a pessoa procurar conhecer de forma correta para praticar na área escolhida, ter conhecimento teórico e prático para melhor exercê-la.” (Relato do aluno 22)

“É a pessoa procurar conhecer de forma correta para praticar na área escolhida. Ter conhecimento literário e prático para melhor atender o paciente.” (Relato do aluno 26)

A importância da relação interpessoal vivida durante o processo de ensino-aprendizagem foi também utilizada como concepção de formação segundo os discentes. Vejam o que disseram:

“É aquilo que aprendemos com os professores e colegas em sala de aula. Sobre os conteúdos que sabemos e aprendemos.” (Relato do aluno 12)

“A formação para mim é poder conhecer um outro mundo, um outro nível. Aprimorar os conhecimentos, aprender cada dia mais.” (Relato do aluno 17)

“A formação envolve um todo. Um conhecimento; um envolvimento com colegas, pais, vizinho etc. não se forma profissionais com as técnicas. O essencial é o caráter.” (Relato do aluno 20)

“Creio que a formação é o bem mais precioso que podemos buscar, e com isso cresço muito. Aqui não estou em busca apenas do conhecimento sobre disciplinas, entro em contato com amigos e com a vida deles e isto também acrescenta muito em minha formação como pessoa e profissional.” (Relato do aluno 22)

“É o bem mais precioso que podemos buscar, e que com isso cresço muito. Aqui não estou em busca apenas de conhecimento sobre disciplinas, mas entro em contato com amigos e com a vida deles.” (Relato do aluno 23)

“É o momento no qual você adquire conhecimentos para aplica-los no seu dia-a-dia, ou através de aulas, testemunhos, cotidiano etc.” (Relato do aluno 25)

“Um aprendizado que levaremos para a vida toda e onde aprendemos com o dia-a-dia de outras pessoas.” (Relato do aluno 27)

“Uma boa preparação prática, pesquisar muito sobre a área, ter bons companheiros para troca de informações.” (Relato do aluno 28)

“É com a ajuda de nossos professores que vamos ser bons profissionais com boa qualificação para que eu venha exercer minha profissão com segurança.” (Relato do aluno 32)

“É aquilo que aprendemos com os professores e colegas de sala sobre os conteúdos dos quais necessitamos.” (Relato do aluno 44)

Percebemos que nas colocações dos discentes acerca da concepção de enfermagem é predominante a ideia de um cuidado voltado para o amor ao próximo, doação, cuidado individual e humanizado. Desta forma, percebe-se como estão internalizadas nos discentes as teorias de Florence Nightingale e Ana Neri caracterizadas pelo princípio da abnegação, e dedicação. Não se percebe nas respostas uma análise mais crítica voltada para a realidade socioeconômica vivida pelos pacientes. Quanto à concepção de formação, as colocações evidenciam a ideia da preparação para o mercado de trabalho, a importância de processo ser simultaneamente teórico e prático. Foi evidenciada também a importância de uma relação interpessoal no processo de formação.

4.4 CONDIÇÕES DE OFERECIMENTO DO CURSO

Sobre o curso de enfermagem da instituição, o mesmo funciona com doze (12) turmas nos turnos da manhã, tarde e noite e possui, em média, um efetivo de quatrocentos (400) discentes. São, em sua maioria, estudantes-trabalhadores, principalmente os do noturno, e moram na capital ou no interior do estado.

As aulas são ministradas por dezesseis (16) enfermeiras docentes especialistas em suas respectivas áreas de atuação como Centro Cirúrgico, Pediatria, Saúde da Mulher, Semiologia e Semiotécnica, Saúde Coletiva entre outras áreas.

Além do corpo docente e discente, a equipe técnico-pedagógica é formada por (01) um diretor, (01) uma coordenadora, (01) uma assistente de coordenação, (01) uma secretária, (04) quatro assistentes de secretaria, (02) dois auxiliares administrativos, (05) cinco executores de serviços básicos.

Quanto à infraestrutura, além das salas de aula, há sala do diretor, sala de coordenação, sala dos professores, biblioteca, laboratório de atividades de enfermagem, banheiros para professores e para alunos, rampas para cadeirantes. Em todas as salas há Datashow, ventiladores ou ar-condicionado.

Sobre condições de trabalho, os docentes colocam que a instituição é a que melhor atende às necessidades dos profissionais comparando com outras instituições onde trabalham ou trabalharam.

“As condições são boas. No período da noite não tenho problemas com relação aos recursos humanos e a carga horária” (Relato do Professor 01)

“Muito boa. Podendo melhorar os recursos materiais.” (Relato do professor 02)

“As condições de trabalho são adequadas, diante do comparativo das instituições das quais fiz parte e a partir da experiência de outros colegas. Observo que é uma das melhores instituições. O que poderia ser melhorado são os recursos materiais que mesmo assim são melhores do que nas outras instituições.” (Relato do Professor 04)

“A instituição oferece os recursos de que preciso para lecionar da melhor forma possível” (Relato do Professor 05)

“Adequadas para o mínimo de trabalho exercido, porém uma melhoria na estrutura seria benéfica.” (Relatório do professor 06)

“Há salas em que o número de alunos é muito grande e isso deixa a relação professor-aluno fragilizada, uma vez que não se consegue a participação da maioria dos alunos. A estrutura física também está precisando de melhoras.” (Relato do professor 07)

“Em comparação aos outros cursos onde trabalho, esta instituição é a que tem os melhores recursos.” (Relato do professor 08)

Um docente destaca como positivo o trabalho da equipe de apoio como coordenação, secretaria, digitação e responsáveis por recursos didáticos como Datashow, computadores, som entre outros.

“As Condições de trabalho são favoráveis, visto que os recursos materiais necessários são disponibilizados aos docentes como também o corpo funcional é muito qualificado e a carga horária é acordada junto à coordenação a partir da disponibilidade do docente.” (Relato do Professor 03).

Como sugestões para melhorias, os discentes colocam:

“Que o curso favoreça aos educando uma maior interação com o corpo docente da instituição podendo conhecê-lo melhor e avaliar cada profissional diante da disciplina oferecida.” (aluno 07)

“Investir na preparação dos alunos trazendo materiais que contribuam para um melhor aprendizado e assimilação dos conteúdos os quais são pautados em sala de aula e uma maior organização para transmitir as informações para os alunos.” (aluno 11)

“Que algumas matérias fossem passadas seguindo uma sequência lógica.” (aluno 21)

“Que as disciplinas pudessem ser mais aprofundadas e com uma carga horária um pouco maior.” (aluno 25)

“Melhorar a infraestrutura. Não tenho do que reclamar dos professores que por mim passaram, pois me acrescentaram muito. Também creio que deveria aumentar a carga horária de algumas matérias e das aulas práticas também.” (aluno 39)

“Os alunos conhecerem o PPP da escola. Mais aulas no laboratório. Mais aulas práticas.” (aluno 47)

Segundo, Maissiati e Carreno (2010), em sua pesquisa através de uma revisão integrativa:

[...] é comum a falta de materiais e de recursos humanos, insuficiência na infraestrutura física, escassez de material didático, tendo o profissional de improvisar e se adaptar na tentativa de suprir a falta de recursos, gerando uma sobrecarga de trabalho. Outro ponto desfavorável do trabalho do enfermeiro docente permeia a relação com os diferentes tipos de alunos, tendo o professor em sua classe adolescentes com características próprias da idade e adultos, por vezes, com experiência e conhecimento na área e resistentes a mudanças (p. 78).

Quando os recursos didáticos e tecnológicos são deficientes, os docentes irão dispor de poucas possibilidades para que possam por em prática sua autonomia.

As aulas práticas são aulas ministradas, geralmente nos laboratórios da instituição e têm, dentre outros objetivos, oferecer aos discentes os primeiros contatos com instrumentos, técnicas e materiais antes do contato direto com os pacientes durante os estágios supervisionados.

Por se tratar de um curso técnico é comum que os discentes se mostrem ansiosos com as atividades práticas do curso, uma vez que chegará o momento em que, sozinhos, irão deparar-se com a realidade no ambiente laboral. Em virtude disso, para os discentes, dominar as técnicas vistas nas teorias passa a ser uma reivindicação de extrema relevância no curso.

Quanto a questão das aulas práticas, os discentes deram as seguintes sugestões:

“Trabalhar com mais ênfase a partir da prática, se possível com mais horas e com uma didática diferenciada para melhor absorção da prática e um melhor conhecimento.” (Relato do discente 16)

“Aumentar a carga horária de aulas práticas, infraestrutura e aumentar a disponibilidade de algumas instituições para praticarmos o que aprendemos.” (Relato do discente 27).

“Aulas mais práticas; visitar mais instituições; fazer campanhas para ajudar as pessoas com o que aprendido.” (Relato do discente 28)

“Carga horária maior para as disciplinas de Semiologia e Semiotécnica, visto que é onde acontece nosso primeiro contato com os procedimentos técnicos” (Relato do discente 29)

“A administração da instituição poderia fornecer mais aulas práticas para os alunos chegarem aos estágios com mais segurança.” (Relato do discente 31)

“Dar ênfase às matérias de peso como Semiologia e Semiotécnica, dando suporte de capacitação. Precisa-se de mais prática para irmos para os estágios com uma bagagem maior de conhecimentos.” (Relato do discente 35)

“Que houvesse mais prática juntamente com a teoria. Visitar, logo no início do curso os hospitais, laboratórios etc.” (Relato do discente 36)

“Minha principal sugestão é que nas aulas de Semiotécnica e Semiologia tivéssemos mais práticas. Perdemos mais tempo na sala do que com a prática.” (Relato do discente 37)

“Carga horária mais prática, pois de nada adianta a teoria se não tivermos a prática associada. Porque dizem que que prática você adquire com em campo. Mas como ir a campo sem suporte suficiente para praticar?” (Relato do discente 38)

“Que nas aulas de Semiologia tivesse mais prática do que teoria.” (Relato do discente 44)

“Carga horária maior para as disciplinas de Semiologia e Semiotécnica. No mais, estou satisfeita.” (Relato do discente 52)

Outros discentes sugeriram melhoras para infraestrutura, metodologia utilizada pelos professores, comunicação com corpo docente e coordenação. Alguns discentes não responderam a essa questão. Veja o que disseram:

“Dar mais importância a forma de transmitir conhecimentos e como transmitir de uma maneira que o aluno entenda.” (Relato do discente 01)

“Aulas mais dinâmica e além da instituição.” (Relato do discente 03)

“Aumentar a carga horária de algumas matérias e cancelar o TCC, pois acho desnecessário, pois afinal, se chegamos até ele, ou seja, ao final, é porque somos capazes e não vai ser um TCC que vai dizer se somos capazes ou não.” (Relato do discente 06)

“Investir mais na preparação dos alunos trazendo materiais que contribuam para um melhor aprendizado e assimilação dos conteúdos os quais são pautados em sala de aula e uma maior organização para transmitir as informações para os alunos.” (Relato do discente 11)

“A carga horária é muito puxada em relação ao tempo do curso, pois geralmente não termina no prazo estipulado. Aulas teóricas mais dinâmicas se possível.” (Relato do discente 13)

“O curso técnico poderia ser mais dinâmico. Por ter um curto período acaba atropelando muitas informações que no cuidado com a vida é muito importante, principalmente no curso noturno onde a maioria dos alunos trabalha o dia inteiro e não provem de muito tempo fora do seu horário de curso para fixar tudo que aprendeu.” (Relato do discente 15)

“Diálogo e mais interação com a coordenação do curso.” (Relato do discente 49)

Observa-se nos relatos dos professores que a instituição ainda é a que melhor atende às suas necessidades do processo de ensino comparando com outros locais onde trabalham ou já trabalharam, mesmo apresentando alguns pontos que precisam ser melhorados como estrutura física e recursos materiais.

Os discentes não analisaram as condições de oferecimento do curso, mas por serem conhecedores da instituição, apresentaram sugestões que podem ser utilizadas para melhoria as condições de oferecimento do curso. Chamam a atenção para estrutura física, metodologia de ensino, recursos materiais e aulas práticas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa, portanto tem como intuito contribuir com as análises e discussões a respeito da formação do técnico em Enfermagem, sem querer culpabilizar a instituição de forma individual pelas lacunas e contradições verificadas. Os resultados alcançados a partir da análise dos dados são resultantes de um contexto real, os quais são envolvidos pelo projeto econômico-político capitalista, o que reflete na reestruturação do mercado de trabalho no sentido da precarização das relações trabalhistas, bem como na fragilização do processo de formação.

Desta forma, indo para a problemática, vale ressaltar que a crítica que apresentamos é a um sistema macro que através de reformas educacionais liberais busca a reestruturação do mercado de trabalho diante da desregulamentação e enfraquecimento do estado, do ensino e da formação, sendo pontos nevrálgicos para a sociedade capitalista, acarretando na formação de um novo ser social, na condição de servir ao capitalismo.

Através do processo histórico percebemos que o projeto hegemônico capitalista tem sido ratificado por uma formação profissional que está subordinada aos interesses do capital, como também disseminadora da ideologia hegemônica. Tal processo tem levado

o trabalhador a tornar-se responsável pela sua qualificação isentando o Estado de total responsabilidade

Evidenciamos na formação do técnico em enfermagem que a mesma nasceu sob a égide da Saúde Pública para o controle das grandes endemias e logo depois foi para dentro dos hospitais prestar assistência curativa principalmente aos mais abastados. A partir de então, viu-se a necessidade da sistematização da profissão de enfermagem especialmente com a criação dos grandes hospitais e a necessidade de mão de obra para atender ao modelo curativo. Tal modelo, ao associar-se a um projeto lucrativo ou excedente de assistência, acentuou a precarização da formação dos técnicos em enfermagem, permitindo que as condições insalubres da natureza deste trabalho se potencializassem pela depreciação crescente das condições materiais que o ambiente profissional sofreu.

Analizamos a realidade vivenciada por docentes e discentes que formaram os sujeitos desta pesquisa. E a partir das análises, concluímos que, realmente, a formação do técnico em enfermagem é pautada em contradições evidenciadas por uma ideologia de desregulamentação, flexibilização e privatização, elaboradas de cima para baixo, tendo como grande interlocutor os interesses do projeto hegemônico capitalista que dá as diretrizes da organização, as prioridades e os conteúdos direcionados principalmente por uma concepção produtivista.

Apresentamos como possibilidade a importância de um acompanhamento e avaliação constantes das condições de oferecimento dos cursos técnicos em enfermagem, acompanhamento e análise das políticas educacionais, como também suas reformulações na tentativa de minimizar as contradições.

MÉSZÁROS (2008) ao defender que a educação, neste contexto, exige uma compreensão do homem como ser ativo e criativo, precisando se colocar no momento em que a sociedade está em transição e contribuir para formar sujeitos revolucionários, elevando seus níveis de consciência e capazes de participar destas transformações não como uma peça do sistema, mas como seres humanos críticos. Neste sentido é necessário criar uma nova possibilidade de educação para além do capital, o que implica pensar em uma sociedade que valoriza o professor e que se tenha uma educação para a libertação.

Por fim, concluímos este trabalho sinalizando para a necessidade de continuidade da investigação do problema discutido. Evidenciamos, aqui, uma lacuna no que diz respeito a uma formação crítico-reflexiva do técnico em enfermagem. Sabemos que é

preciso ir além das especializações teóricas e práticas. É preciso lutar, conjuntamente, por melhores condições de trabalho, valorização docente e oportunizar uma formação técnica sólida e crítica que vá além da formação de mão de obras para o mercado de trabalho.

6 REFERÊNCIAS:

ALCÂNTARA, G. **A enfermagem moderna como categoria profissional**: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1966. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP-SP.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ALVES, D. B. **Trabalho, educação e conhecimento na enfermagem**: uma contribuição aos estudos sobre força de trabalho feminina. São Cristóvão, SE: Editora da UFS, Fundação Oviedo Teixeira, 2000.

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**: Reestruturação produtiva e crise do capitalismo. São Paulo: Boitempo. FAPESP, 2000.

_____. **Dimensões da reestruturação produtiva**. 2. Ed. Londrina: Práxis; Bauru: canal 6, 2007.

ANTUNES, R. L. C. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 10ªed. São Paulo, Cortez/ Campinas, Editora da Universidade Estadual de Campinas.1997.

_____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a negação e afirmação do trabalho. São Paulo. Boitempo. 2000.

ARAÚJO, A. A.; MOREIRA, M.; PORTO, F. AMORIM, W. **Anúncio para enfermeiras (os) no alvorecer da república** (1889-1890). In: PORTO, F.; AMORIM, W. (Org.) História da enfermagem brasileira: identidade, profissionalização e símbolos. São Caetano do Sul, SP, Jardins Editora, 2010.

ARAÚJO, R. M. L. **As referências da pedagogia das competências**. Perspectivas, Florianópolis, v. 22, n. 02, p. 497-524, jul./dez. 2004

_____. **Desenvolvimento de competências profissionais**: as incoerências de um discurso. Tese de doutorado em educação. UFMG, 2001. Não publicado.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. – ABEn. A “nova” lei do exercício profissional de enfermagem. Brasília: ABEn, 1987.

_____. **Força de trabalho em enfermagem**. O exercício de enfermagem nas instituições de saúde no Brasil 1982-1983. Brasília, 1985, v. 1, p. 236.

AYRES *et al.*, **As enfermeiras visitadoras da cruz vermelha brasileira e do departamento nacional de saúde pública do início do século XX**. In: PORTO, F.; ANORIM, W. (Org.) História da enfermagem brasileira – São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010.

BACKES *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, 2009 jan/mar. 17(1): 111-7.

BAGNATO, M. H. S. *at al.* **Ensino médio e educação profissionalizante em enfermagem**: algumas reflexões. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 279, junho. 2007.

_____. **Licenciatura em enfermagem para quê?** Tese de doutorado. São Paulo, Faculdade de educação. UNICAMP, 1994.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2009.

BARROS, S. M. P. F. **Política educacional em enfermagem** in.: Seminário sobre a prática de enfermagem e o currículo de graduação. USP – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. 1985.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**, 4ª ed. São Paulo: Ática, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico do Decreto Federal n. 2208/97. **Parecer** CEB n. 16, de 21 de janeiro de 1999. Relator: Francisco Aparecido Cordão. Legislação da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica, Brasília, p. 20-51, 5 de outubro de 1999. Legislação Federal.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **O exercício da profissão nas instituições de saúde no Brasil: 1982-1983**. Rio de Janeiro, COFEn/ABEn, 2004. v. 1.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da VIII conferência de Saúde**. Brasília,(DF) 1986.

_____. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2, de 10 de janeiro de 2003**. Dispõe sobre os procedimentos de regulação e avaliação da educação superior na modalidade a distância. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/legislacao/portaria2.pdf>>. Acesso em 28 jul. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005a**. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil_03/_Ato20042006/2005/decreto/D5622.htm>. Acesso em: 31 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006a**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000. Republicada pela Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009. Institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e dispõe sobre as diretrizes para a sua organização. **Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 nov. 2009a. Seção 1, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009b**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3189_18_12_2009.html>. Acesso em 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. Edição 2012b**. Disponível em: < <http://cpost>.

com.br/cee-rj/pdf/CNCT_catalogo_20120608.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2013.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução CNE/ CEB nº 06 de 20 de setembro de 2012c.** Define Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Disponível em: < [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content &view= article&id =17417&Itemid =866](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17417&Itemid=866)>. Acesso em: 13 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sobre o e-SUS Atenção Básica. 2012d.** Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo =esus](http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=esus)>. Acesso em 3 fev. 2015.

_____. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2, de 10 de janeiro de 2007c.** Dispõe sobre os procedimentos de regulação e avaliação da educação superior na modalidade a distância. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/seed /arquivos/pdf /legislacao /portaria2.pdf](http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/legislacao/portaria2.pdf)>. Acesso em 28 jul. 2014.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX.** Rio de Janeiro. Zahar, 1977.

BUENO, S. V. M.; COSTA, F. N. A., BAGNATO, M. H. S., OLOVEIRA, M. W. **Enfermeiro professor e o ensino em enfermagem.** Ribeirão Preto (SP). Editora Gráfica São Gabriel, 1999.

BUTLER, E. **A contribuição de Hayek às ideias políticas e económicas de nosso tempo.** Liberal, Rio de Janeiro, 1983.

CAVALVANTI, F. M. S. **A formação em enfermagem no Brasil e as imposições do capital em crise.** São Cristóvão, 2015. Dissertação de Mestrado em Educação – NPGED – UFS.

CARVALHO, A. C. **Associação brasileira de enfermagem 1926-1976.** Documentário, Brasília, Folha Carioca, 1976.

CÊA, G. S. S.; REIS, L. F.; CONTERNOS, S. Profae e lógica neoliberal: estreitas relações. **Rer. Trab. Educ. Saúde.** v.5, n.1, p. 139-159, 2007.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.44, n.1, p. 41-65, jan./jun. 2004.

CHEPTULIN, A. **A dialética materialista.** São Paulo: Alfa-Ômega, 1982.

CIAVATA, M; RAMOS, M. **Ensino médio e educação profissional no Brasil: Dualidade e fragmentação.** Ver. Retratos da escola, Brasília, v. 5, n. 8. P. 27-41, jan/jun. 2011.

CIAVATTA, M; RAMOS, M. Ensino médio e educação profissional: a visão da imprensa e a dualidade na concepção do ensino médio integrado. In: BERTUSSI, G; OURIQUES, N. (Orgs.). **Anuário educativo brasileiro: visão retrospectiva.** São Paulo: Cortez, 2009. (no prelo)

COFEN: Perfil da Enfermagem 2015 – Sergipe. Pesquisado em: http://www.conen.gov.br/cofen-lanca-perfil-da-enfermagem-em-sergipe_31835.html.

COSTA, N. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. 2ª ed. Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro; Associação Brasileira de Pós-graduação em saúde coletiva, 1986.

COSTA, F. N. A. **Visitando a prática pedagógica do enfermeiro professor**. São Carlos – SP, 2003.

CRUZ, R. M. **Formação profissional e formação humana**: os (des) caminhos da relação entre homem-trabalho na modernidade. 2. Ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2001.

DANTAS, R. A. S.; AGULLAR, O. M. O ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem brasileira. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, p 25-32, abril 1999.

DUARTE, N. **Educação Escolar, teoria do Cotidiano e a Escola de Vigotski**. Autores Associados, Campinas. 1996.

DUARTE, N. **Vigotski e o "Aprender a Aprender"**: crítica às apropriações Neoliberais e Pós-Modernas da Teoria Vigotskiana. Autores Associados, Campinas. 2000.

DUARTE, N. **Vigotski e o “Aprender a aprender” Crítica às apropriações Neoliberais e Pós-Modernas da Teoria Vigotskiana**. 2 ed. ver . e ampl. – Campinas, SP: Autores Associados, 2001.

ELIAS, R. O Brasil que veio de longe. **Revista Nossa História**. Rio de Janeiro, ano 1, n.2, p. 58-64, out. 2005.

ENCICLOPÉDIA LAROUSSE CULTURAL. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

FARIA, J. H. **Economia Política do Poder**: os fundamentos da Teoria Crítica nos estudos das organizações. Curitiba: UFPR, 2003.

FAUSTO, B. **História do Brasil**, 12. Ed. São Paulo, Edusp, 2006.

FERNANDES, T. M. **Vacina antivariólica**: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920). Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1999.

FIGUEIREDO, R.M.D.E., SILVA, M. A. Perfil dos futuros auxiliares de enfermagem da cidade de Campinas, SP, em 1995: motivos, expectativas e dificuldades relacionadas ao curso. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 1997: 5:89-96.

FREIRE, M. A. M.; AMORIM, W. M. **A enfermagem de saúde pública no Distrito Federal**: a influência do relatório Goldmark (1923 – 1927). Escola Ana Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.12, Vn.1, p, 115-124, mar. 2010.

FRIGOTTO, G. (Org.) **Educação e crise do trabalho**: perspectivas de final de século. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

_____. **A produtividade da escola improdutiva**: um (re) exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GADOTTI, M. **Pressupostos do projeto pedagógico**. In: MEC, Anais da Conferência Nacional de Educação para Todos. Brasília, 1994.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 35, n. 1, p. 80-7, mar. 2001.

GARCIA, T. R.; CHIANCA, T. C. M.; MOREIRA, A. S. P. Retrospectiva histórica do ensino de enfermagem no Brasil e tendências atuais. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v.16, n.1/2, p. 74-81, 1995.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem: versões e interpretação**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, 338p.

GERMANO, M. R. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993. 118p.

GISI, M. L. **A formação da competência técnico-científica e política do enfermeiro: uma diretriz curricular em questão**. Tese de doutorado. Faculdade de Filosofia/ Letras e Ciências. Universidade Estadual Paulista. Campus de Marília, 1998.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KUENZER, A. Z. **Pedagogia da fábrica: as relações de produção e a educação do trabalhador**. São Paulo, Cortez. 1985. 203p.

_____. **Ensino médio e profissional: as políticas do Estado neoliberal**. São Paulo: Cortez; 1997.

_____. **Ensino de 2º grau: o trabalho como princípio educativo**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LACKS, S. **Formação de professores: a possibilidade da prática como articuladora do conhecimento**. Tese de Doutorado em Educação. Universidade da Bahia, 2004, 276 ps.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Horizonte, 1978.

LEMO, M. B. **A lógica da produtividade e suas manifestações na formação do enfermeiro**. Curitiba, 2004. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

LÊNIN, L. V. **O imperialismo, fase superior do capitalismo**. (Ensaio de vulgarização). Lisboa. Edições: AVANTE, 1975.

LESSA, S.; TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2 ed. 2011.

LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D. (orgs) **Marxismo e educação: debates contemporâneos**. 2 ed. – Campinas, SP: Autores associados, 2008.

LUCKESI, Cipriano Carlos. **Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições**. 17. ed.- São Paulo: Cortez, 2005.

MACHADO, L. R. S. **Formação geral e especializada – fim da dualidade com as transformações produtivas do capitalismo**. Revista Brasileira de Educação. N 0, 1995.

MAFRA, L. A. **Em direção a uma nova escola do 2º grau: a proposta dos professores, limitações e força**. Brasília, v.8, n.41, p. 13-20, jan./mar. 1989

MAISSIAT, G. S.; CARRENO, I. **Enfermeiros docentes do ensino técnico em enfermagem: uma revisão integrativa**. Rev. Destaque Acadêmico, ano 2, n. 3. 2010. CCBS/UNIVATES.

MARQUES, U. R. B. **A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico**. Campinas, São Paulo: Editora da UNICAMP, 1994.

MARQUES, M. O. **Projeto pedagógico: A marca da escola**. In: Revista Educação e Contexto. Projeto pedagógico e identidade da escola ano 18. abr./jun. 1990.

MARTINS, L. G. Da formação humana em Marx à crítica da pedagogia das competências. In Duarte, N (org.) **Crítica do fetichismo da individualidade**. Campinas: Autores Associados, 2012.

MARX, K. **O capital**. Os Pensadores. Livro Primeiro. Vol. I São Paulo: Editora Nova Cultura, 1996. p. 172.

_____. **O Capital – crise da economia política**. Livro 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 31ª ed. 2013.

_____. **Capítulo inédito de O Capital: Resultado do processo de produção imediata**. São Paulo: Editora Moraes, 1985.

_____. Mais valia absoluta e mais valia relativa. In: **O capital: Crítica da economia política**. 11 ed. São Paulo: DIFGEL, 1987.

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã: Teses sobre Feuerbach**. São Paulo: Editora Moraes Ltda., 1984.

MAZZEU, L. T. B. **A política educacional e a formação de professores: reflexões sobre os fundamentos teóricos e epistemológicos da reforma**. In MARSÍGLIA, A. C. G. (Org.) **Pedagogia histórico-crítica: 30 anos**. Campinas SP: Autores Associados, 2011. (Coleção memórias da educação). Vários autores.

MELLO, G. N. **Cidadania e competitividade: desafios educacionais do terceiro milênio**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. **A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociedade do trabalho**. Rev. Psicologia & Trabalho; 19 (1): 61-68; jan/abr. 2007, Porto Alegre.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 14ª ed. Hucitec editora, São Paulo, 2014.

MIOTO, O. L. **Formação profissional e trabalho: aspectos relativos aos técnicos de enfermagem de enfermagem**. 170pp. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **Anotações de enfermagem – o que é, e o que não é**. Tradução Janaina Belém. 1. Ed. São Paulo: Rideel, 2010.

OGUISSO, T. **O percurso da enfermagem moderna**. In: OGUISSO, T. (Org.) **Trajatória histórica e legal da enfermagem**. 2ed. ampliada. Bueri, SP: Manole, 2007.

OLIVEIRA, D. A. **Gestão democrática da educação: desafios contemporâneos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

OLIVEIRA, M. I. R. **Enfermagem e estrutura social**. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem. Fortaleza. 1979. ABEn, 1979.

OLIVEIRA, D. A. A. **Reestruturação do trabalho docente: precarização e flexibilização**. Educação e sociedade; campinas, vol. 25, n. 89, set/dez. 2004.

PADOVANI, O. **A prática pedagógica na educação profissional técnica de nível médio em enfermagem: estudos em uma escola privada do interior paulista**. Dissertação de mestrado. USP – São Paulo. 2007.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. Rio de Janeiro, 1979.

PARO, V. H. **Reprovação Escolar: Renúncia à educação**. São Paulo: Xamã, 2001.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, A. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2006.

RIBEIRO, A. C. **O trabalho do enfermeiro: a relação entre o regulamento, o dito e o feito no cotidiano hospitalar**. 219pp. Tese (Doutorado em enfermagem) Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Ed. Cortez, 1993

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia, ed. AB, 1999.

SANTOS, L. H. P. **Estratégias e avaliação no processo ensino aprendizagem e a postura do professor na educação em enfermagem**. 2005, 148p. Tese (doutorado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

SANTOS, R. M. *et al.* A enfermagem como objeto da história: uma reflexão sobre o tema. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, 2001, vol. 54, n.3, p. 638-44.

SANTOS, L. H. P. **Vivendo em constante conflito: o significado da prática docente no ensino médio de enfermagem** [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 1997.

SANTOS, E. **Precarização do trabalho docente: Um estudo a partir da realidade da escola pública**. São Cristóvão, 2012.

SAVIANI, D. **Educação socialista, pedagogia histórico-crítica e os desafios da sociedade de classe**. In: CLAUDINEI, J. L., SAVIANI, D. (Org.). **Marxismo e educação: debates contemporâneos**. Campinas, SP. Autores Associados, 2005.

_____. **Para além da curvatura da 'vara'**. In: Revista Ande no 3. São Paulo, 1982.

_____. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. 18 ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2009.

SILVA, P. L. B.; BIASOTO Jr. G. **Políticas públicas e processos de implementações: o caso do Profae**. In: Ministério da Saúde. 2002. Parte 1, p. 92-112. Relatório final.

SILVA, S. E. V.; CAVALCANTI, F. M. S. **O processo de formação do enfermeiro brasileiro face às imposições do modelo neoliberal**. Maceió: EDUFAL, 2013.

SILVA, T. T. (Org.) **Trabalho, educação e prática social**: por uma teoria da formação humana. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

SILVA, S. E. V. (org.) **Contribuições à crítica da enfermagem moderna**. Maceió: Edufal, 2015. Cap 1.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. São Paulo; Cortez, 1996.

SILVA, S. E. V.; SILVA, M. S. **O processo de (des)identidade profissional da enfermagem**. Maceió: EDUFAL, 2014.

SILVA JÚNIOR, J. R. S.; GONZÁLES, J. L. C. **Reformas educacionais, competências e prática social**. Trabalho & Educação, Vol. 9. Belo Horizonte, 2001.

SOBOLL, L. A. D. **Controle e exploração**: a produção capitalista em uma unidade hospitalar. 204p. Dissertação de mestrado em administração. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

STUTZ, B. L., JANSEN, A. C. Ensino técnico na área da saúde: os desafios do processo de aprendizagem. **Psicol. Esc. Educ.** 2006; 10(2):211-22.

TAYLOR, F. W. **Princípios da administração científica**. São Paulo: Atlas, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

UNICAMP (Universidade estadual de Campinas). Núcleo de estudos de Políticas Públicas. 2004. Avaliação Institucional do Profae e definição de parâmetros para o estabelecimento de sistemas de acompanhamento do mercado de trabalho em saúde, especialmente em enfermagem. São Paulo. **Relatório final**.

VALENTE, G. S. C.; VIANA, L. O. A formação do enfermeiro para o ensino de nível médio em enfermagem: uma questão de competência. **Revista Eletrônica Enfermagem Global**, n.9, nov. 2006.

VASCONCELLOS, Celso dos Santos, **Avaliação**: concepção dialética-libertadora do processo de avaliação escolar 15. ed.- São Paulo: Libertad 2005.

VEIGA, I. P. A. Perspectiva para reflexão em torno em torno do projeto político-pedagógico. In: VEIGA, I. P. A; RESENDE, L. M. G. (org.) **Escola**: espaço do projeto político-pedagógico. Campinas – SP. Papirus. 1998. – (Coleção Magistério: Formação e trabalho pedagógico).

_____. **Escola, currículo e ensino**. In: VEIGA, I. P. A.; CARDOSO, M. H. (org.) Escola fundamental: Currículo e ensino. Campinas, Papirus, 1991.

VIERA, A. C. N. C. **A formação da educação profissional e o currículo**: considerações acerca da identidade profissional de hoje. In. MAGALHÃES, B.; BERTOLDO, E. **Trabalho, educação e formação humana**. Maceió: Edufal/PPGE/CEDU, 2005.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 3 ed. Petrópolis, RJ, Vozes, 2010.

Anexos

Anexo 01- infraestrutura



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**



COLETA DE DADOS - INFRA-ESTRUTURA

1 – Quantos alunos há no curso de enfermagem ?

2 – Quantas turmas?

- 2 - Há quanto tempo você trabalha na docência?
- 3 - Você trabalhou ou trabalha em outra instituição de ensino? Quantas? Qual período?
- 4 - Como você analisa as condições de trabalho da instituição em que trabalha?
(recursos materiais, humanos, carga horária)
- 5- Você conhece o PPP – Projeto Politico Pedagógico - da instituição onde você trabalha?
- 6- Além do ensino, você tem experiência na assistência hospitalar, saúde coletiva, urgência/emergência outros? Onde?
- 7 – Você tem investido em produção científica? Qual/quais?
- 8 – Como você organiza/planeja suas aulas no que diz respeito a objetivos, metodologia, conteúdo e avaliação?
- 9 – Qual a sua concepção de enfermagem?
- 10 – Qual a sua concepção de formação?
- 11 – Que sugestões você daria para a melhoria do curso do qual você faz parte?

Docente	Concepção de Enfermagem	Concepção de Formação	Condições de trabalho
01	“Considero como uma profissão digna de grande responsabilidade e importância. Requer amor, dedicação e disposição para se doar ao outro. Sou realizada em ser enfermeira, apesar das	“Considero a minha formação um pouco incompleta, uma vez que a minha experiência atual profissional foi desenvolvida no período pós-faculdade. Refiro-me à experiência e o aprendizado não trabalhado durante a formação. Acredito que algumas áreas	“As condições de trabalho são boas. No período da noite não tenho problema em relação à estrutura, recursos humanos e carga horária.”

	dificuldades encontradas em exercer a profissão.”	ficaram carentes de aprendizado”	
02	“É uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida das pessoas, família e coletividade.”	“É uma continuidade do ensino, onde o indivíduo busca ampliar seus conhecimentos em determinados assuntos com embasamento teórico-científico e prático.”	“Muito boa. Podendo melhorar os recursos materiais”
03	“Profissão cujo compromisso é com a vida do próximo. Busca por qualidade de vida dos clientes através de um trabalho contínuo de educação em saúde da população em geral.”	“Processo de desenvolvimento intelectual, profissional e pessoal”	“Condições favoráveis de trabalho visto que os recursos materiais necessários são disponibilizados aos docentes assim como o corpo funcional é muito qualificado e a carga horária é acordada junto à coordenação a partir da disponibilidade do docente.”
04	“ Profissão que ainda carece de muita valorização nos aspectos financeiros e legais. Há uma cultura de soberania médica que deve ser quebrada. Essa profissão é importante e digna de méritos porque situa-se numa complexidade que não é alcançada pela maioria das pessoas. Passando pela assistência, gerência e coordenação.”	“Processo contínuo que não se encerra na obtenção apenas do título. Permeia a construção de um conhecimento gradativo por parte do profissional que deve ser buscado por este a partir da sua graduação até sua aposentadoria.”	“Adequada, diante do comparativo das instituições das quais fiz parte e a partir da experiência de outros colegas, observo que é uma das melhores instituições, o que poderia ser melhorado são os recursos materiais que mesmo assim são melhores do que nas outras instituições.”
05	“É a arte do cuidar baseado no ideal de servir. Promover o cuidado de	“A formação de professores é baseada em uma diversidade de	“A instituição oferece os recursos que preciso para

	forma integral do paciente, cujo objetivo é promover o bem-estar do paciente utilizando ações preventivas e promoção à saúde. Profissão que exige dedicação, competência, humanização e responsabilidade.”	concepções, cujo objetivo é aprimorar cada vez mais as didáticas e metodologias de ensino adotadas em sala de aula e ratificando as falhas na docência e buscando sempre uma melhor forma de aprendizagem”	lecionar da melhor forma possível.”
06	“A enfermagem requer além de estudos frequentes, atualização na área. Deve também amar a profissão, pois é uma arte pautada em princípios científicos, éticos, políticos etc.”	“Investimento primordial na profissão para que se possa manter sempre atualizado e desta forma preparado para o mercado de trabalho.”	“Adequado para o mínimo de trabalho exercido, porém uma melhoria na estrutura seria benéfica”
07	“Uma profissão que está diretamente ligada ao cuidado.”	“Para mim, significa ir além do que foi aprendido na universidade. É buscar o aperfeiçoamento investindo cada vez mais de forma autônoma ou em equipe.”	“Há salas em que o número de alunos é muito grande e isso deixa a relação professor –aluno fragilizada, uma vez que não se consegue a participação da maioria dos alunos. A estrutura física também está precisando de melhoras”.
08	“É a profissão do cuidado. Está sempre atento às necessidades dos pacientes, não apenas no que diz respeito à assistência, mas principalmente as condições psicopoliticosocial onde ele está inserido.	“É nunca parar de estudar. Estar sempre indo atrás do melhor investimento para a profissão, pois dessa forma ganha tanto o profissional, como também os pacientes que serão cuidados por esse profissional .	“Em comparação aos outros cursos onde trabalho, esta instituição é a que tem os melhores recursos.

Docente	Planejamento: organização, objetivos, metodologia, conteúdo e avaliação
01	“Focando na área de atuação do técnico em enfermagem de acordo com a disciplina ministrada. As aulas são feitas através da fisiopatologia da doença e assistência de enfermagem. Utilizo como recursos slides,

	atividades de fixação e artigos científicos. Avaliação consiste em provas contextualizadas, atividades, seminários, discussões em sala.”
02	“Seguindo o conteúdo programático e buscando embasamento em bibliografias atualizadas; pesquisando artigos científicos e trazendo para debates temas relacionados aos assuntos. Além de mostrar o cotidiano da profissão.”
03	“Elaboro o plano de curso e o plano de aula. Dessa forma tenho controle. Traço objetivos de cada aula e a partir dele planejo a metodologia e conteúdo a ser abordado e formas de avaliação.”
04	“A partir de livros, internet e da vivência prática. O que observo de maior fragilidade na assistência eu tento trazer para a sala de aula em forma de debates. Geralmente a forma de avaliação é mista: participação, prova teórica e trabalhos em sala de aula.”
05	“Procuro planejar minhas aulas de acordo com as necessidades que os alunos vão apresentando no decorrer da disciplina e proporcionando um melhor aprendizado ao assunto.”
06	“Planejo de forma clara, concisa e objetiva. O conteúdo é sempre atualizado e de linguagem mais simples por se tratar de um curso de nível médio. Minhas avaliações são sempre subjetivas e contextualizadas. Dessa forma consigo avaliar melhor o aluno.”
07	“Seguindo o plano de curso da disciplina. As aulas são elaboradas de acordo com tais assuntos. São aulas expositivas aprofundadas com slides, filmes e artigos científicos e também a participação dos alunos durante a explicação como também nas apresentações de trabalhos e seminários.”
08	“Planejo minhas aulas, inicialmente, observando o conteúdo programático. A partir daí vou trazendo assuntos atualizados e estimulantes dentro do conteúdo que estamos trabalhando. Procuró valorizar a experiência e colocação dos alunos. Quanto à avaliação, esta eu faço de forma contínua aproveitando o decorrer das aulas como também prova escrita e seminários.”

Docente	Sugestões de melhorias para o curso
01	“Melhor oferta de recursos de áudio”
02	“Melhoria na estrutura física e investimento na estrutura física”
03	“Talvez unir teoria e prática diminuindo o tempo entre elas.”
04	“Material didático unificado; aumento do número de recursos visuais (peças anatômicas, livros), grade curricular com prioridade às aulas práticas, intensificar a relação entre professores da mesma disciplina para a construção de uma mesma linguagem.”
05	“Por ensinar em curso de nível médio, os alunos não tem um domínio da língua portuguesa escrevendo incorretamente e não obedecendo à ortografia. Sugiro uma prova de seleção da língua portuguesa e ao iniciar o curso uma disciplina de Português para minimizar esses erros e formar profissionais mais capacitados.”
06	“Aumentar a carga horária das aulas práticas”
07	“Oferta de recursos didáticos”
08	“Ver a possibilidade de aumentar a carga horárias das aulas práticas, como também visita técnica às instituições de saúde.”

Anexo 03 – Coleta Discentes



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**



COLETA DE DADOS – DISCENTES

1 – Qual sua idade?

2 – Você concluiu o Ensino médio pelo:

() Ensino regular

() Supletivo

() Outro. Qual?

3 – Você tem alguma outra formação:

Técnica? () Não/ () Sim

Se você marcou SIM, diga qual.

Superior () Não/ Sim ()

Se você marcou SIM, diga qual.

3 – Você já trabalha na área da saúde? Se positivo, em que área e há quanto tempo?

4 – Você conhece o PPP – Projeto Político Pedagógico da sua escola? Se sim, que comparação você faz entre o PPP e a formação recebida?

5 – Que você entende por enfermagem?

6 – Que você entende por formação?

7 – Que sugestões você daria para a melhoria do curso do qual você faz parte?

Discente	Concepção de Enfermagem	Concepção de Formação
01	“Processo de cuidados a pessoas vulneráveis com princípios éticos morais diferenciados tentando garantir um bem-estar físico e guiá-las a um caminho de uma boa qualidade de vida.”	“As pessoas precisam de uma formação para ingressar no mercado de trabalho. Através dela o conhecimento e a especialização adquirida é fundamental para desenvolver a profissão com segurança para o profissional e para outrem, principalmente na área da saúde.”

02	“Uma profissão que vai além das demais profissões. Tem como princípio cuidar das pessoas da sociedade como um todo. Quem faz enfermagem tem a chance de a cada dia fazer algo de melhor para o próximo, pois o mundo necessita de “soldados de branco”	“É o estudo, uma qualificação que se faz através de aulas e aulas práticas. Para que se tenha conhecimento e práticas nas áreas em que se quer formar e trabalhar.”
03	“Como uma humanização da assistência visando, em primeiro lugar, promover, prevenir e recuperar o bem-estar do ser humano assistido. “	“Quando concluímos o curso colocando em prática todos os nossos conhecimentos adquiridos ao longo do curso fazendo assim um trabalho exemplar.”
04	“Uma área em se trabalha em prol da saúde. Responsável por um bem-estar e salvar vidas. A enfermagem é fundamental para os hospitais.”	“É através de uma formação que você passa a ter um maior conhecimento e uma boa qualificação para o seu currículo e arranjar um bom emprego.”
05	" A arte de cuidar e a ciência cuja assistência ao ser humano pode ser individual, na família ou comunidade realizando as atividades visando o bem-estar e proteção do paciente.”	“É o meio pelo qual pessoas são preparadas através de aulas teóricas e práticas para exercer uma certa profissão.”
06	" É o meio que utilizamos para poder cuidar, ajudar e tratar pessoas que necessitam dos nossos cuidados para que possam ter uma vida com saúde.”	“Processo de adquirir conhecimentos específicos para que possamos atuar com o conhecimento amplo de determinadas atividades.”
07	“São os cuidados técnicos e humanísticos que se aprimoram com conhecimentos específicos para o cuidado da saúde.”	“Tudo aquilo que possui e possibilita uma melhor qualidade de vida e é a comprovação do seu conhecimento e de sua habilidade”
08	Não respondeu.	“É estar apto para desenvolver as atividades e conhecimentos adquiridos em sala de aula, tanto prática quanto teórica”
09	Não respondeu.	“É o processo final de um curso na qual aprova quem expor par outros conhecimentos obtidos na área.”
10	“ato de cuidar de outras vidas. É doar-se para cuidar do próximo e contribuir para a melhora das pessoas.”	“É o conhecimento específico em cada área a ser trabalhada. É o estudo de como aplicar o que se aprendeu em uma graduação ou curso técnico”
11	Não respondeu	“É uma qualificação para adentrar no ambiente

		profissional. É uma forma de expandir seus conhecimentos.”
12	“Ato de cuidar de outras vidas. É doar-se para cuidar do próximo e contribuir para a melhora das pessoas. Geralmente o termo enfermagem é ligado ao cuidado, porém vai muito além. Enfermagem é o cuidado carregado de vários outros sentimentos. É humanização, aconchego do próximo e se doar para fazer o bem sem olhar a quem.”	“É aquilo que aprendemos com os professores e colegas em sala de aula. Sobre os conteúdos que sabemos e aprendemos.”
13	“É concluir e formar cidadãos capazes de modificar o meio em que vive”	“É o que lhe dar o direito e dever de agir dentro dos parâmetros que foi aprendido em sala de aula”
14	“É uma profissão que tem como objetivo o cuidado com os pacientes acometidos por alguma patologia. Essa profissão é composta por auxiliar, técnico e enfermeiro e pode exercer no hospital, posto de saúde, clínicas e residências”	“É uma parte muito importante para que possamos enfrentar o mercado de trabalho sendo capazes de submeter a todas as atividades voltadas para nossa área”
15	Não respondeu	“É a arte de adquirir e assimilar os conhecimentos que foram repassados, tendo assim um domínio de conhecimento sobre a futura profissão”
16	“Que a minha futura profissão está relacionada à assistência, observação e a doação de cuidar das outras pessoas, dos pacientes como um ente querido.”	“A nossa formação é um período em que nossos objetivos são encarados de forma em que possamos exercer a nossa área no mercado de trabalho.”
17	“Área em que você concilia teoria e prática, humanismo e precisão no ato de cuidar de pessoas que necessitam de tratamento na área da saúde levando em conta sua individualidade e história de vida. Dando-lhe suporte psicológico e emocional nessa fase.”	“A formação para mim é poder conhecer um outro mundo, um outro nível. Aprimorar os conhecimentos, aprender cada dia mais.”
18	Não respondeu	“Aprender e absorver conteúdos; interação com colegas de classe; aprendizagem da prática e rotina da área a ser estudada.”
19	Não respondeu	“É uma experiência na qual estamos resguardados a cuidar e prestar serviços assistenciais à

		saúde. Uma experiência dos cuidados assistenciais aos pacientes.”
20	“Significa o processo de cuidar do paciente dando atenção e os cuidados que necessitam para que possa ajudar no momento em que ele precisa para sua recuperação.”	“A formação envolve um todo. Um conhecimento; um envolvimento com colegas, pais, vizinho etc. não se forma profissionais com as técnicas. O essencial é o caráter.”
21	Não respondeu	“É a pessoa procurar conhecer de forma correta para praticar na área escolhida, ter conhecimento literário e prático para melhor exercê-la.”
22	“É uma área que visa contribuir com a melhoria do atendimento na área da saúde, e também contribuir com a melhora do paciente, fazendo o possível para lhe proporcionar conforto e amenizar a dor.”	“Creio que a formação é o bem mais precioso que podemos buscar, e com isso cresço muito. Aqui não estou em busca apenas do conhecimento sobre disciplinas, entro em contato com amigos e com a vida deles e isto também acrescenta muito em minha formação como pessoa e profissional.”
23	“Fazer sempre a função de cuidar e atender a população.”	“É o bem mais precioso que podemos buscar, e que com isso cresço muito. Aqui não estou em busca apenas de conhecimento sobre disciplinas, mas entro em contato com amigos e com a vida deles.”
24	“A área da enfermagem visa muito o cuidar das pessoas que no momento estão debilitadas.”	“O aprendizado que recebemos em todo o curso. Seja teórico ou prático.”
25	“É a ciência que cuida das pessoas com enfermidades. É a arte de cuidar com dignidade, zelo, honestidade e ética profissional.”	“É o momento no qual você adquire conhecimentos para aplicá-los no seu dia-a-dia, ou através de aulas, testemunhos, cotidiano etc.”

26	“É a área que vem crescendo cada vez mais. Que está ali do lado do paciente para prestar cuidados de saúde adequado, atender às necessidades do paciente”	“É a pessoa procurar conhecer de forma correta para praticar na área escolhida. Ter conhecimento literário e prático para melhor atender o paciente.”
27	“É a arte de cuidar. Cuidar do próximo com amor, carinho e atenção. Esforçar-se para dar o melhor de si mesmo, melhorando o atendimento e a prestação de serviços que nos é dado.	“Um aprendizado que levaremos para a vida toda e onde aprendemos com o dia-a-dia de outras pessoas.”
28	“Enfermagem tem muito a ver com humanização. E cuidar do próximo e oferecer atenção, respeito e disponibilizar tudo que estiver ao alcance para que o mais rápido possível o paciente saia do hospital.”	“Uma boa preparação prática, pesquisar muito sobre a área, ter bons companheiros para troca de informações.”
29	“É uma área da saúde onde devemos cuidar das pessoas que precisam ser cuidadas como se fosse alguém da família da gente. Tratar com educação a pessoa que precisa ser atendida.”	Não respondeu.
30	“É uma área da saúde onde devemos cuidar das pessoas que precisam ser cuidadas como se fosse alguém da família da gente. Tratar com educação a pessoa que precisa ser atendida.”	“É quando somos capazes para atuar em uma determinada área.”
31	“A enfermagem cientificamente vai corresponder ao cuidado da saúde das pessoas, tratando-as com humanidade e aplicando todos os cuidados técnicos aprendidos.”	“É uma experiência no qual estamos resguardados a cuidar e prestar serviço assistencial à saúde dos pacientes.”
32	Não respondeu.	“É com a ajuda de nossos professores que vamos ser bons profissionais com boa qualificação para que eu venha exercer minha profissão com segurança.”
33	” Uma maneira de ajudar o próximo, cuidar daqueles que mais precisam, sem negligenciar. Cuidar de uma maneira para trazer o bem-estar que o paciente necessita.”	“Conhecimento específico em cada área a ser trabalhada. É o estudo de como aplicar o que se aprendeu.”
34	“É uma profissão que tem o conhecimento técnico e ter que amar a sua escolha. Cumprir com suas obrigações e não ser conivente com	Não respondeu.

	os erros das suas colegas de profissão.”	
35	“Para mim é o amor ao próximo. Poder ajudar sem olhar a quem. A enfermagem é tudo. É com ela que iniciamos a vinda ao mundo e também na maioria das vezes partimos com a ajuda dela no alívio do sofrimento na hora da partida.”	“É uma competição ou qualificação para exercer uma profissão.”
36	“Enfermagem consiste em cuidar de uma pessoa debilitada fisicamente e mentalmente; cuidar com segurança, conhecimento técnico e científico e também com responsabilidade e humanidade”	Não respondeu.
37	“Um ato de cuidado e amor ao ser humano. Tipo de amor, dedicação e prestar cuidado com o ser humano.”	Não respondeu.
38	“É um aprimoramento de conhecimentos no ato de cuidar. É olhar o paciente não apenas com olhos clínicos, mas com olhos do amor. Colocar-se na situação do outro.”	“Capacitação profissional dentro da sala e após sua formação.”
39	“Entendo que é uma maneira de trabalhar com a vida de outra pessoa com amor e conhecimento. Uma carreira que visa o cuidar, e quando se faz com amor, tudo se torna mais fácil e de qualidade.”	“Uma maneira da gente não se prejudicar no futuro.”
40	“É o compromisso para com o outro, visando promover o cuidado de forma correta, ética, humanizada. Embora não seja exercida por parte de todos os profissionais da área”	Não respondeu.
41	Não respondeu	“A arte de adquirir e assimilar conhecimentos que forem repassados, tendo assim um domínio de conhecimentos sobre a futura profissão.”
42	“A enfermagem é a área mais bonita e humana que existe, Eu a escolhi por dar a capacidade de cuidar das pessoas e fazer com que elas tenham recuperação podendo levar sua vida a frente. Nesta área temos o	“É uma parte muito importante para que possamos enfrentar o mercado de trabalho.”

	compromisso com a vida do outro. A responsabilidade de deixar o outro bem.”	
43	“Ajudar a cuidar das pessoas sem olhar a quem”	“É o que lhe dar o direito e o dever de agir dentro dos parâmetros que foram aprendido em sala de aula.”
44	“Um ato de cuidado e amor pelo ser humano. Uma maneira de ajudar àqueles que precisam do nosso conhecimento.”	“É aquilo que aprendemos com os professores e colegas de sala sobre os conteúdos dos quais necessitamos.”
45	”Tipo de amor dedicação e prestar cuidado com o ser humano.”	Não respondeu
46	“É uma área que abrange tudo em um hospital. É responsável por cada paciente no leito ou não”	Não respondeu
47	“É o aprimoramento do conhecimento no ato de cuidar. É olhar o paciente não apenas com olhos clínicos, mas com os olhos do amor. Colocar-se na situação do outro.”	“Uma qualificação para abordar no ambiente profissional e uma forma de expandir seus conhecimentos.”
48	“O cuidar com carinho e com responsabilidade aos pacientes.”	“É quando estamos capacitados e formados para exercer uma profissão.”
49	“Estudo que é uma maneira de trabalhar com a vida de outra pessoa, com amor e conhecimento. Uma carreira que visa o cuidar. Quando se faz com amor tudo se torna mais fácil e de qualidade.”	Não respondeu
50	“Compromisso para com o outro visando promover o cuidado de forma correta, ética e humanizada. Embora não seja exercida dessa forma por grande parte dos profissionais.”	“Formação é uma qualificação que o profissional tem para ter uma qualidade de vida melhor.”
51	Não respondeu	“É toda aprendizagem que obtemos no decorrer do curso.”
52	Não respondeu.	“Formação abrange a aprendizagem do indivíduo em um determinado curso.”
53	“A área mais bonita e humana que existe. A escolha por poder cuidar das pessoas e fazer com que elas se recuperam e possam levar uma vida	“Processo final de um curso no qual a pessoa tem que estar apta a atuar dentro do que foi aprendido sobre a profissão.”

	mais saudável. Nesta área temos o compromisso com a vida do outro e a possibilidade de deixar o outro bem.”	
--	---	--

Discente	Sugestões para melhoria do curso
01	“Dar mais importância a forma de transmitir conhecimento e como transmitir de uma maneira que o aluno entenda não deixando a desejar, pois estamos formando profissionais e não alunos de ensino fundamental ou médio.”
02	“Tudo tem que ter a ordem e o progresso. Nada pode estagnar como se encontra, principalmente na área da saúde que sempre as doenças evoluem e precisa estar atualizado a novas descobertas. O curso está ótimo, mas precisamos evoluir cada vez mais.”
03	“Aulas mais dinâmicas; mais aulas práticas, aulas além da instituição”
04	“Por enquanto nada. Estou gostando.”
05	Não respondeu.
06	“Aumentar a carga horária de algumas matérias que são fundamentais e cancelar o TCC, pois acho desnecessário, pois afinal, se chegamos até ele, ou seja, o final, é porque somos capazes e não vai ser um TCC que vai dizer o que aprendemos e se somos capazes ou não.”
07	“Que o curso favoreça ao educando, maior interação como o corpo do doente das instituições podendo conhecê-los melhor e avaliar cada profissional diante da disciplina oferecida”
08	Não respondeu.
09	“Por se tratar de um curso do PRONATEC, o aluno não paga por ele, mas o Governo Federal. Mas a instituição falta com o aluno em relação ao material didático de forma igualitária para com aqueles que pagam diretamente pelo curso.”
10	“É uma fonte de conhecimentos. Quanto mais formação você tiver, mais conhecimento você vai ter”
11	“Investir mais na preparação dos alunos trazendo materiais que contribuam para um melhor aprendizado e assimilação dos conteúdos os quais são pautados em sala de aula e uma maior organização para transmitir as informações para os alunos.”
12	Não respondeu
13	“Evitar ao máximo atrasos em relação ao tempo do curso, pois geralmente não termina no prazo estipulado. Aulas teóricas mais dinâmicas se possível.”
14	“A carga horária é muito puxada; os assuntos são enormes. Seria mais interessante se a carga horária fosse maior. A salas mais aconchegantes. “

15	“O curso técnico poderia ser mais dinâmico. Por ter um curto período acaba atropelando muita informação que no cuidado com a vida é extremamente importante, principalmente o curso noturno onde a maioria dos alunos trabalha o dia inteiro e não provém de muito tempo fora de seu horário de curso para fixar tudo que aprendeu.”
16	“Trabalhar com mais ênfase a partir da prática, se possível com mais horas e com uma didática diferenciada para melhor absorção da prática e um bom conhecimento.”
17	“Estou muito feliz com o curso.”
18	“Um estágio mais completo com melhor aproveitamento para o aumento da destreza na prática da enfermagem.”
19	“A maioria dos professores são bons, capacitados, mas têm alguns, em média 20%, que estão despreparados para certas disciplinas. No mais a escola tem uma excelente equipe e organização.”
20	“Que os alunos do PRONATEC não levem três faltas quando faltarem um dia, mesmo justificando com atestado”
21	“Que algumas matérias fossem passadas depois de outras numa sequência lógica”
22	Não respondeu.
23	Não respondeu.
24	“Analisar o tempo que é muito corrido para muito assunto”
25	“Que as disciplinas pudessem ser mais aprofundadas e com uma carga horaria um pouco maior”
26	“As informações sobre o curso poderia estar mais visualizada em murais. Informações atuais sobre a saúde para serem abordados mais na sala de aula para debater com os estudantes”
27	“Aumento da carga horária de aulas práticas; infraestrutura e indisponibilidade de algumas instituições para praticarmos o que aprendemos.”
28	“Aulas mais práticas; visitar mais instituições; fazer campanhas para ajudar pessoas com o que foi aprendido.”
29	“Carga horária maior para disciplina de Semiologia e Semiotécnica, visto que é onde acontece nosso primeiro contato com os procedimentos técnicos.”
30	“Melhoria na estrutura e materiais laboratoriais; estrutura da sala de aula que muitas vezes existe o incômodo do barulho dos alunos da fundação.”
31	“A instituição deixa muito a desejar nas aulas práticas de enfermagem. A administração da instituição poderia fornecer mais aulas práticas para os alunos chegarem aos estágios com mais segurança.”
32	“Organização, higienização e estrutura. Deveria ter ao menos uma reunião dos alunos com a direção, como existe entre professores. Falta informação mais precisas.”
33	Não respondeu.
34	“Infraestrutura; conhecimento do PPP da escola; melhoria no laboratório; mais aulas práticas.”

35	“Dar ênfase nas matérias de peso como semiologia e Semiotécnica, dando suporte de capacitação. Precisa-se de mais prática, pois iremos para estágios com uma bagagem muito pequena de conhecimento.”
36	“Que houvesse mais prática, justamente com a teoria. Visitar logo no início do curso os hospitais, laboratórios etc.”
37	“Minha principal sugestão é que nas aulas de semiologia e Semiotécnica tivéssemos mais práticas do que teoria. Perdemos mais tempo na sala de aula do que na prática.”
38	“Carga horária mais prática, pois de nada adianta a teoria se não estiver associada à prática. Porque dizem que prática você adquire em campos, mas como ir a campo sem suporte suficiente para praticar?”
39	“Melhorar a infraestrutura. Não tenho do que reclamar dos professores e mestres que por mim passaram, pois mim acrescentaram muito. Também creio que deveria aumentar a carga horária de algumas matérias e das aulas práticas também.”
40	Não respondeu.
41	“Aumentar a carga horária de algumas matérias e diminuir de outras.”
42	“Local do curso onde só houvesse estudantes do curso.”
43	Não respondeu.
44	“Que nas aulas de Semiologia tivesse mais prática do que teoria.”
45	Não respondeu
46	Não respondeu.
47	“Os alunos conhecerem o PPP da escola. Mais aulas no laboratório. Mais aulas práticas.”
48	Não respondeu.
49	“Diálogo e mais interação com a coordenação do curso.”
50	“Em algumas matérias, mais aulas para melhorar a aprendizagem do aluno.”
51	“Melhorar a estrutura.”
52	Carga horária maior para as disciplinas de Semiotécnica e Semiologia. No mais estou satisfeita.”
53	“Não tenho do que reclamar.”

Anexo 04 – Carta de solicitação



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**



Cidade Universitária Prof. José Aloísio de campos, 30 de julho de 2014.

Aos Diretores:

A pós-graduação é um espaço ímpar de formação. Neste sentido, como ENFERMEIRO de profissão busquei o Curso de Mestrado em Educação para ampliar os meus conhecimentos nesta área e possibilitar, também o ingresso como profissional na área da DOCÊNCIA EM ENFERMAGEM.

Desde março de 2014 venho cursando o mestrado em Educação do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe, onde desenvolvo a pesquisa “TÉCNICO EM ENFERMAGEM: ANÁLISE DA FORMAÇÃO E SUAS POSSÍVEIS CONTRADIÇÕES”. Esta pesquisa tem o objetivo de analisar o curso de formação de técnicos em Enfermagem, observando as condições de oferecimento do curso, o projeto político pedagógico, a realidade do corpo docente e discente. A definição por estes quatro aspectos se deve ao fato que eles possibilitam análise do processo de formação na sua integralidade. Assim, levantamos a hipótese de que estes dados contribuirão para melhorar a formação e em consequência poderemos entregar à comunidade um técnico com qualidade teórico-prática para exercer seu trabalho.

Neste sentido, viemos por meio deste solicitar aos Diretores desta Instituição a AUTORIZAÇÃO para realizar a coleta de dados da pesquisa, uma vez que destacamos o compromisso desta escola na formação dos futuros profissionais da área da saúde.

Antecipadamente, agradecemos

Solange Lacks (Orientadora)

Ednilton Pereira dos Reis

Profa Dra PPGED/UFS

Mestrando PPGED/UFS

Anexo 05 – Carta de Autorização

Assunto: Projeto Pesquisa – Curso Técnico em Enfermagem

Data: 27/08/2014

Prezada Professora,

É com imensa satisfação que recebemos de Vossa Senhoria, juntamente com o mestrando Ednilton Pereira dos Reis, a solicitação para realização do seu projeto de pesquisa, intitulado “Técnico em Enfermagem: análise da formação e suas possíveis contradições”, em nossa instituição formadora de profissionais técnicos.

Solicito a Vossa Senhoria que, após coleta e tabulação dos resultados da referida pesquisa, a instituição seja informada através de uma reunião pré agendada.

Indico como pessoa de contato na nossa instituição, a Secretária oficial da escola Sra. Maria de Fátima Rocha Souza.

Coloco-me ao seu inteiro dispor.

Atenciosamente,

Anexo 06 – Matriz curricular

4.1 – Matriz Curricular

Blocos Temáticos	Módulo I				
	Unidades Temáticas	Carga Horária			Carga Horária Total
		Teórica	Prática	Estágio	
Promoção de Biossegurança	Noções de Biossegurança	20	---	---	20
Assistência em Saúde Coletiva I	Anatomia e Fisiologia Humana	60	20	---	80
	Noções de Microbiologia e Parasitologia	30	10	---	40
Assistência a Clientes em Tratamento Clínico I	Noções de Farmacologia	30	10	---	40
	Nutrição e Dietética Aplicada a Enfermagem	30	10	---	40
Organização do Processo de Trabalho em Saúde	História da Enfermagem	30	---	---	30
	Relações Humanas	10	10	---	20
	Psicologia Aplicada a Enfermagem	30	---	---	30
	Ética Profissional	20	---	---	20
Princípios da Metodologia Científica	Princípios da Metodologia	30	10	---	40
Sub - Total		290	70		360
	TOTAL	290	70		360
Blocos Temáticos	Módulo II				
	Unidades Temáticas	Carga Horária			Carga Horária Total
		Teórica	Prática	Estágio	
Organização do Processo de Trabalho em Enfermagem I	Semiologia e Semiotécnica	80	40	80	200
Assistência a Clientes em Tratamento Clínico e Cirúrgico	Enfermagem na Saúde do Adulto I	120	20	80	220
Assistência em Saúde Mental	Enfermagem em Saúde Mental	40	10	40	90
Assistência em Saúde Coletiva II	Enfermagem em Saúde Pública	40	10	50	100
Sub - Total		280	80	250	610
TOTAL		570	150	250	970

Blocos Temáticos	Módulo III				
	Unidades Temáticas	Carga Horária			Carga Horária Total
		Teórica	Prática	Estágio	
Assistência à Pacientes em Estado Grave	Enfermagem em Urgência e Emergência	40	20	60	120
	Exames Diagnósticos	20	---	---	20
Assistência a Criança e a Mulher	Enfermagem na Saúde da Mulher	70	20	60	150
	Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente	70	20	50	140
Sub - Total		200	60	170	430
	TOTAL Qualificação em Auxiliar em Enfermagem	770	210	420	1400
Blocos Temáticos	Módulo IV				
	Unidades Temáticas	Carga Horária			Carga Horária Total
		Teórica	Prática	Estágio	
Assistência a Clientes em Tratamento Clínico II	Assistência de Enfermagem em Pacientes Críticos	50	10	50	110
	Enfermagem em Oncologia	30	---	---	30
	Enfermagem na Saúde do Idoso	30	---	40	70
Organização do Processo de Trabalho em Enfermagem II	Gerenciamento Aplicado à Enfermagem	30	10	40	80
Assistência a Cliente em Tratamento Cirúrgico II	Enfermagem em Centro Cirúrgico	50	10	50	110
	SUB-TOTAL	190	30	180	400
	Curso Técnico em Enfermagem Total geral: Módulos I, II e III, IV: 1800 h	960	240	600	1.800